

医療・介護に関する資料

平成23年5月19日

厚生労働省

基本的考え方

【現状の課題】 我が国の医療・介護制度は、①医療・介護を担う**人材が不足・偏在**し、医療・介護の**提供体制の機能分化が不十分**であり、**連携も不足**している、②近年の状況変化（**雇用基盤の変化**、**高齢化**、**医療の高度化**、**格差の拡大**等）に起因する財政状況の悪化等、サービスの提供体制とそれを支える保険制度の両面に大きな課題を抱えている。

【施策の方向】 持続可能な制度を構築するため、運営の効率化を図りつつ、医療・介護のサービス提供体制と保険制度の両面の機能強化を行う必要がある。

改革案の具体的内容（ポイント）

○ 以下の施策について、24年度診療・介護報酬同時改定及び以後の改定に適切に盛り込むとともに、医療・介護サービス提供体制の基盤整備を図るための一括的な法整備を行う。

■医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化（→3～6ページ）

- ・医師確保、介護職員等の人材確保と資質の向上
- ・病院・病床の機能分化・機能強化、専門職種間の協働と役割分担の見直し
- ・在宅医療体制の強化・地域包括ケアシステムの確立・ケアマネジメントの機能強化
- ・精神保健医療の改革、認知症対策の強化、介護予防・重度化予防への重点化

■それを支える医療・介護保険制度の保障の重点化・機能強化（→7～9ページ）

- ・働き方にかかわらず保障を提供
- ・長期・高額な医療への対応のためのセーフティネット機能の強化
- ・世代間の負担の公平化
- ・所得格差を踏まえた基盤の強化・保険者機能の強化

■医療・介護制度の運営の効率化（→10～11ページ）

- ・生活習慣病の予防、介護予防・重度化予防、ICTの利活用、後発医薬品の使用促進、保険者機能の発揮

医療・介護制度改革の全体像

○ 医療・介護制度改革として、運営の効率化を図りつつ、①質の高い効率的な医療・介護サービスの提供体制の構築、②それを支える医療・介護保険制度の機能強化・持続可能性の確保、の両面の改革を行う。

医療・介護サービス提供体制の効率化・重点化と機能強化

医療提供体制

- 医師確保・医師の偏在是正
- 病院・病床の機能分化・機能強化
- 在宅医療の強化
- チーム医療の推進
- 精神保健医療の改革

地域包括ケアシステム
ケアマネジメント
の機能強化

医療と介護の連携

認知症対策の強化

介護サービス提供体制

- 24時間安心の在宅サービス
- 介護・重度化予防への重点化
- 介護人材の確保と資質の向上

あるべき医療・介護サービスを支えるための保障の重点化・機能強化

医療保険制度

- 被用者保険の適用拡大
(ゆらぎの是正・包摂型システムへの変革)
- 公平で納得のいく高齢者医療費の
支払いの仕組みの構築
(全世代を通じた公平な仕組み)
- 高額療養費の見直し
(長期・高度医療への対応と重点化)
- 医療保険の財政基盤の強化等
(皆保険制度の堅持、セーフティネット機能の強化)

介護保険制度

- 保険料負担の公平化
(応能負担と低所得者への配慮)
- 保険給付の重点化
(軽度者に対する機能訓練の重点実施・重度化予防)
- 市町村の役割の重視
(ニーズ調査に基づく事業計画の策定)
- 被保険者の範囲の拡大の検討

医療・介護制度の運営の効率化

国民負担増に配慮し、持続可能な制度とするために、更なる効率化を推進

- 生活習慣病の予防
- 介護予防・重度化予防
- 効果や安全性を踏まえた効率化に
資するICTの利活用
- 後発医薬品の更なる使用促進
- 適正受診の啓発・勧奨、計画的なサービス提供
体制等への保険者機能の発揮
- 療養費の見直し

平成24年
診療・介護
報酬の
同時改定
及び以後
の各改定

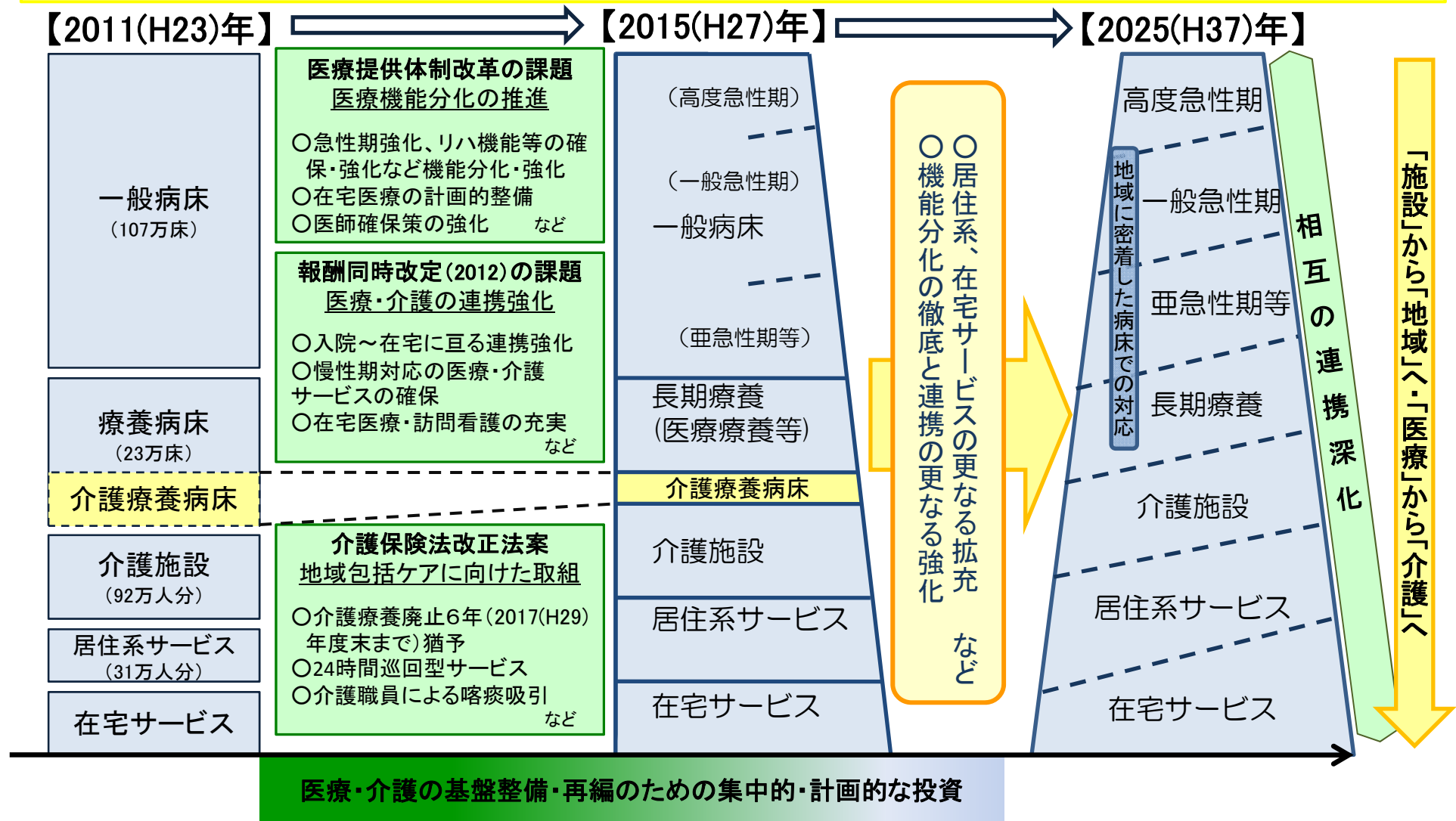
医療・介護
サービス
提供体制
の基盤整
備のため
の一括的
な法整備

医療保険
介護保険
各法の
改正など

※ 恒久的な財
源の裏づけの下、
順次実施。

将来像に向けての医療・介護機能強化の方向性イメージ

- 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。
- 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。



医療・介護の提供体制の将来像の例

～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

○日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る。

○小・中学校区レベル(人口1万人程度の圏域)において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。

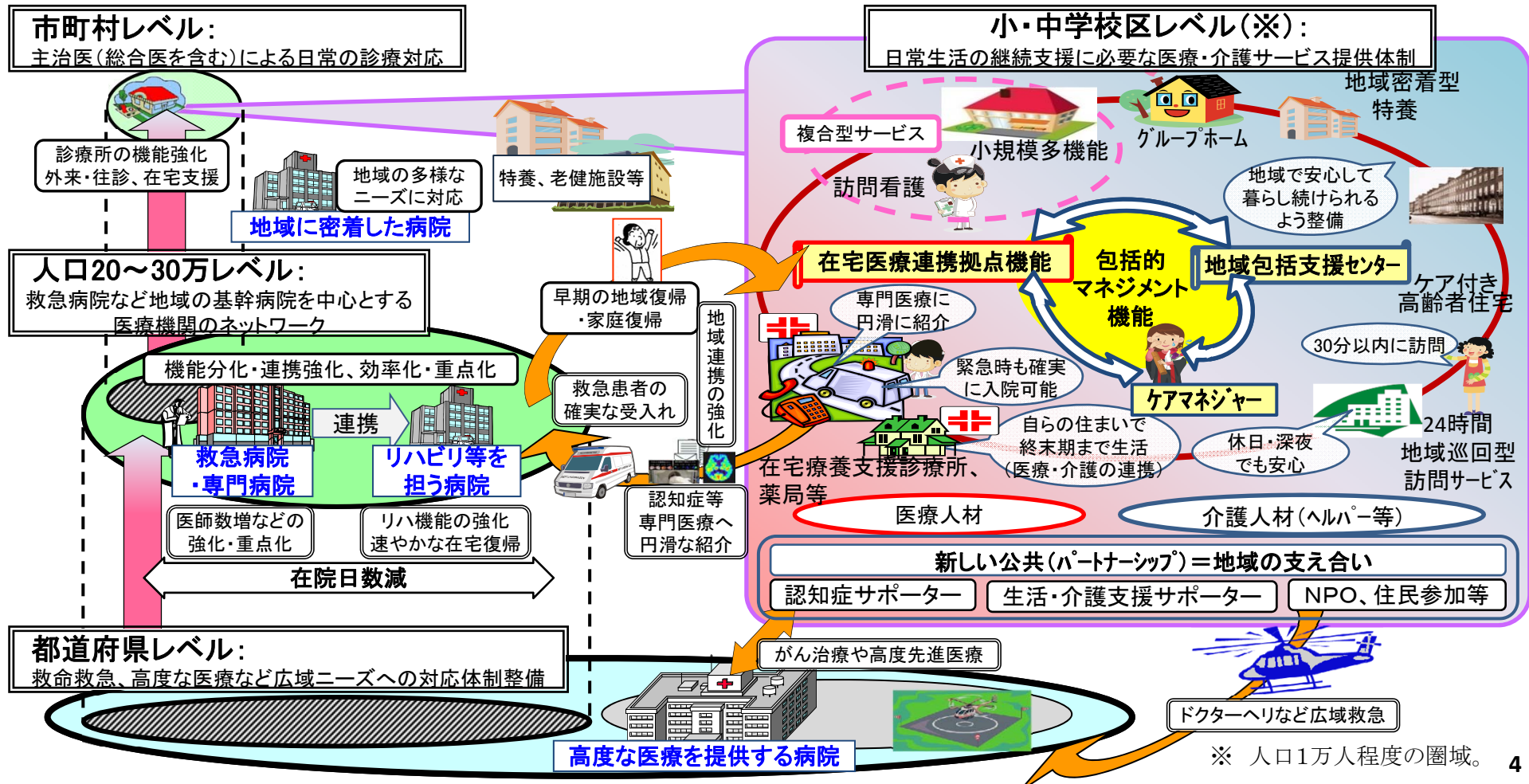
医療提供体制の効率化・重点化と機能強化

都道府県域から市町村域まで、重層的に医療サービスを提供

&

地域包括ケアの実現(包括的ケアマネジメントの機能強化)

※ 体制整備は被災地のコミュニティ復興において先駆的に実施することも検討



良質な医療を効率的に提供するための医療提供体制の機能強化

○ 国民が安心して良質な医療を受けることができるよう、①医師確保・偏在対策、②病院・病床の機能分化・強化、③在宅医療体制の強化、④チーム医療の推進、⑤精神保健医療の改革など、医療提供体制の機能強化を図る。

- ・ 国際的にみて人口当たり医師数が少なく、医師の不足・偏在
- ・ 救急、産科・小児科等の確保困難



医師確保・偏在是正と、医療機関間や他職種との役割分担・連携が重要に

- ・ 国際的にみて人口当たり病床数の多さに対し、病床当たり従事者は少ない
- ・ 一般病床の機能分担が不明確
- ・ 医療技術・機器の高度化、インフォームドコンセントの実践、医療安全の確保等に伴って、医師を始めとするスタッフの業務増大



機能分化とそれに応じた資源投入や、多職種の協働が重要に

疾病構造が変化する中、急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能や、在宅医療機能などが不足



機能分化に加え、医療機能のネットワーク化や、医療・介護の連携強化が重要に

医師不足対策など目下の課題に取り組みつつ、必要な分野への医療資源の思い切った集中投入など構造的な改革が必要

①医師の確保・偏在対策

- 医師確保、医師の偏在是正に向けての都道府県等の役割強化
- 総合的な診療を行う医師と専門的な診療を行う医師との役割分担などを踏まえた偏在対策

②病院・病床の機能分化・強化と連携強化

- 急性期への資源集中投入による機能強化、亜急性期・回復期リハビリ、慢性期等の機能分化・強化と集約化
- 拠点病院機能、救急医療機能等の強化
- 地域の実状に応じて幅広い医療ニーズに対応する機能の強化
- 医療機関の連携強化、ネットワーク化（連携パス普及、情報共有等）

③在宅医療提供体制の強化

- 在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護ステーション等の計画的整備
- 地域に密着した医療機関病床の在宅支援病床としての活用検討
- 連携拠点機能の整備や連携パスの普及
- 在宅医療を担うマンパワーの確保強化

④多職種の連携、協働によるチーム医療の推進

- 医師、看護職員、介護職員など各職種の専門性向上と役割分担見直し
- 医療クラーク等の積極的活用による医師等の業務分担の推進
- 医療ニーズの増大・高度化、看護の質の向上に対応した看護職員確保策強化

⑤精神保健医療の改革

- 精神病床に関する機能に応じた人員配置や連携機能の強化
- 包括的に支援する多職種チームによるアウトリーチ支援（訪問支援）体制整備
- 障害福祉サービス、介護サービスとの連携強化

医療事故に関する無過失補償制度とその医療事故の原因（過失の有無等）を究明し、再発防止策を提言する仕組み、死亡時画像診断の活用等の検討

医療・介護サービスの提供体制の機能強化、効率化・重点化

○ 医療・介護サービスの提供体制について、人員資源等の集中的な投入及び機能分化を前提に強化を図る一方で、平均在院日数の縮減や予防事業の実施などにより、運営の効率化・重点化を図る。

【医療分野】

○機能強化

- ・ 医師の不足・偏在への対応
- ・ 急性期医療への医療資源の集中投入を始めとする医療機能強化
- ・ 在宅医療提供体制の強化による在宅医療の需要増・入院の減少

○効率化・重点化

- ・ 医療資源の重点的投入及び機能分化による平均在院日数の減少等
- ・ 生活習慣病の予防による健康の保持・増進
- ・ 地域の医療連携の推進による患者の状態に適した医療の提供
- ・ ICTの利活用等（審査支払事務の効率化、レセプトデータベースの活用など）

【介護分野】

○機能強化

- ・ 介護職員の処遇改善・資質の向上
- ・ 利用者それぞれのニーズに合わせた施設介護における個別ケアの普及
- ・ 居宅系・在宅サービスの充実・強化
- ・ 認知症等の対応のためのグループホームや小規模多機能型居宅介護の整備
- ・ 地域での日常生活を可能とするための居宅サービスの充実（24時間安心の在宅サービスなど）
- ・ 医療ニーズの低い利用者の入院からの移行にともなう介護の総需要の増

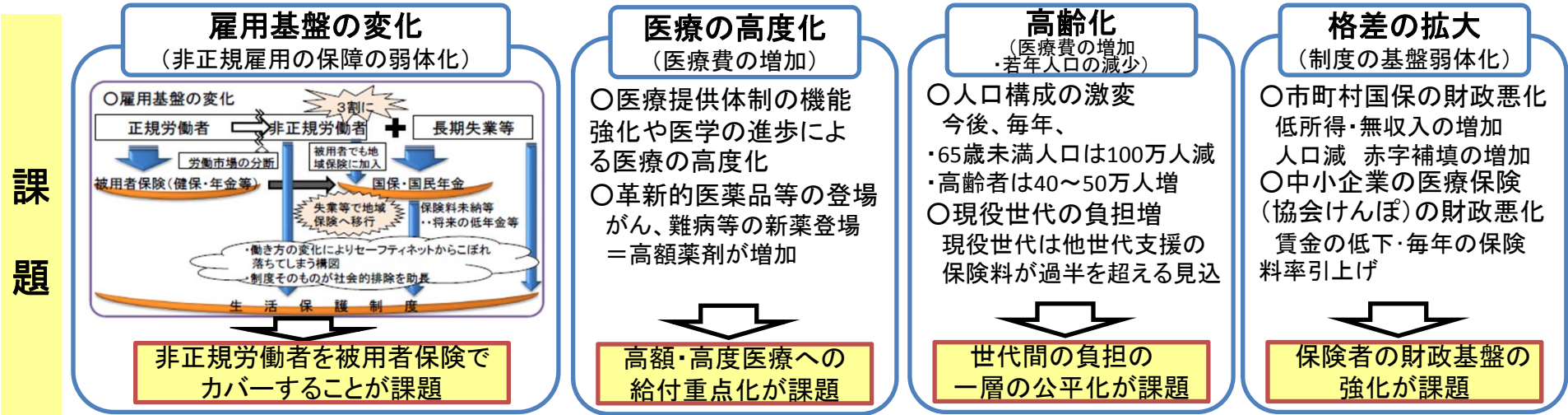
○効率化・重点化

- ・ 介護予防、重度化予防等への保険給付の重点化

あるべき医療サービスを支えるための医療保険制度の機能強化

～ 社会的包摂を体现し、全世代に配慮した、長期的に維持可能な医療保険制度へ ～

- ①非正規雇用の増大による雇用基盤の変化、②医療の高度化による医療費の増加、③高齢化と若年人口の減少による人口構成の激変と現役世代の負担増、④格差の拡大による医療保険制度の財政基盤の弱体化、という近年の状況の変化に対応するための医療保険制度の機能強化が必要。



この現状を放置すれば、医療費の増大により現行制度の矛盾が拡大。皆保険制度の維持は困難に。
50周年を迎えた国民皆保険制度を堅持するため、新たな財政措置も含めた制度改革は不可欠。

対応の方向性

①働き方にかかわらず同じ保障を提供

➡ 非正規労働者についても健康保険に加入できるようにし、被用者保険の適用を拡大

②長期・高額な医療に対応するためのセーフティネット機能を強化

➡ 増大する長期・高額な医療に対応するための高額療養費の見直しとそのための定額負担の導入など
保険給付の重点化

③世代間の負担の公平化

➡ 高齢者医療について、高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み

④所得格差を踏まえた基盤の安定化・強化

➡ 市町村国保の広域化、市町村国保・協会けんぽの財政基盤の安定化・強化

・財源論
と合わせ、
・国民的議論
の下、
・パッケージ
として

総合的な改革
を目指す

医療保険制度をとりまく現状・課題

○ ①非正規労働者への被用者保険の適用拡大、②長期・高額医療への対応のための高額療養費の見直しによるセーフティネット機能の強化、③高齢者医療について、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組みの構築、④保険者の財政基盤の安定化・強化による皆保険制度の維持、が課題であり、保険制度の機能強化が必要。

①非正規労働者の増加

就労者の3割以上が非正規雇用である。雇用形態の変化に対応した制度改正が求められる。

【非正規労働者の割合】

雇用者	5,111万人	100%
うち非正規	1,755万人	34.4%

※ 2010年 労働力調査(詳細集計)年平均

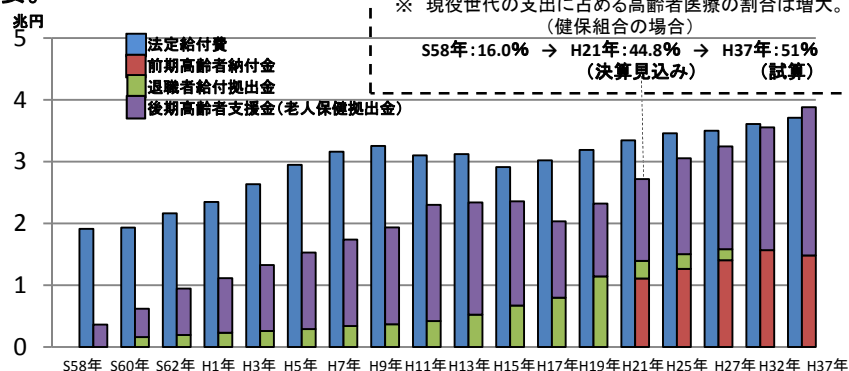
【非正規労働者の保険加入状況】

被用者保険の被扶養者	約330万人
国保加入者	約300万人

※ 公的年金等への加入状況等を調べた調査により積み上げた計数であり、労働力調査とは対象が異なる。

③高齢者医療の現状

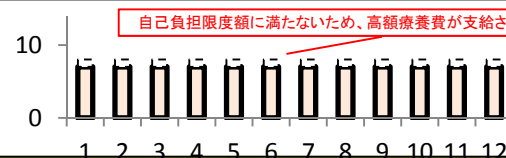
高齢者医療について、現役世代の医療費負担が年々増加している状況にあり、高齢世代・現役世代にとって公平で納得のいく支え合いの仕組みが必要。



②高額療養費の現状

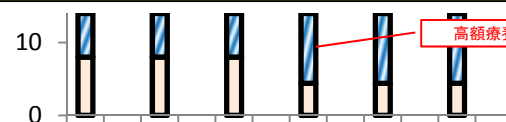
同じ医療費でも高額療養費が支給されるケースとされないケースがあり、セーフティネット機能の強化が必要。

○毎月医療費約23万円・自己負担額7万円の場合



高額療養費が支給されないため、年間トータルの自己負担額は84万円。
※ 自己負担限度額を80,100円として試算。

○隔月で医療費約47万円・自己負担額14万円の場合



高額療養費が支給されるため、年間トータルの自己負担額は約37万円。
※ 自己負担限度額を80,100円、多数該当44,400円として試算。

※ 併せて財政中立を前提に給付の重点化を図る。

④保険者の財政状況

各保険者の財政も厳しい状況が続いており、財政基盤の安定化・強化が必要。

(単位: 億円)

		平成19年度	20年度	21年度	22年度
国民健康保険	収入	127,797	124,589	125,993	
	支出	129,087	124,496	125,927	
	収支差	▲1,290	93	66	
	一般会計繰入を加味した収支差	▲3,620	▲2,383	▲2,628(注1)	
協会けんぽ (注2) (旧政管健保)	収入	71,052	71,357	69,735	78,064
	支出	72,442	73,647	74,628	76,001
	収支差	▲1,390	▲2,290	▲4,893	2,063
	準備金残高	3,690	1,539	▲3,179	▲1,116
組合健保	収入	62,003	63,658	61,717	61,729
	支出	61,403	66,847	66,952	68,350
	収支差	600	▲3,189	▲5,235	▲6,621
後期高齢者医療	収入		98,517	113,219	
	支出		95,510	112,502	
	収支差		3,007	717	

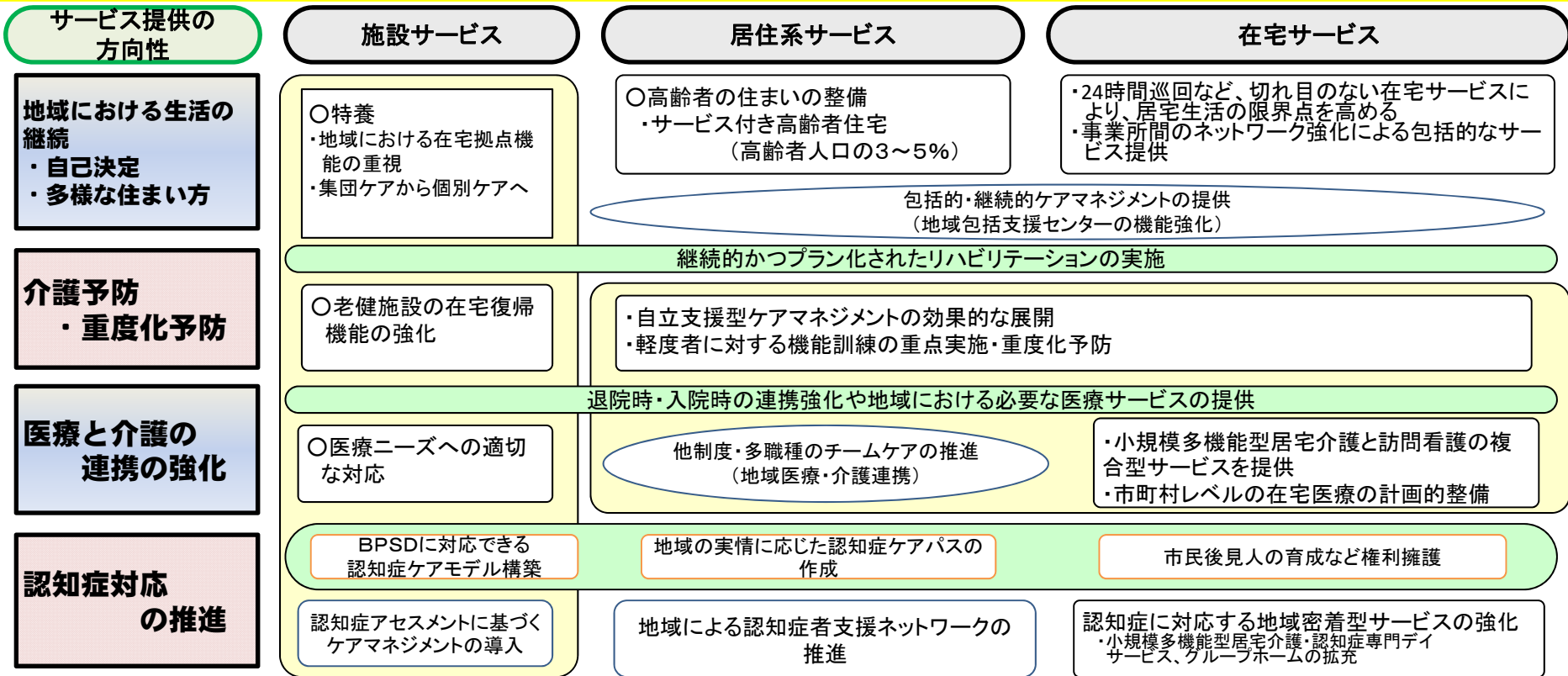
(注1) 決算補てんに用いられた東京都の財政調整交付金を含めた収支差は▲3,242億円

(注2) 協会けんぽの保険料率8.2%(21年度)→9.34%(22年度)→9.5%(23年度)

このため、次のような制度改正を検討する。○被用者保険の適用拡大、○高額療養費の見直しとそのための定額負担の導入など保険給付の重点化、○前期・後期高齢者を通じて高齢世代・現役世代にとって公平で納得のいく支え合いの仕組みの構築、○国保等の低所得者対策・財政基盤の安定化・強化、○地域の医療提供体制について、保険者がより積極的に関与する仕組みの構築、など。

高齢者の尊厳の保持と自立支援を支える介護

- 介護については、以下のような各サービス提供の方向性を踏まえ、それを支える保険制度の持続可能性・安定性の確保及び介護人材の確保と資質の向上を図る。
- 高齢化による介護ニーズの増大に対しては、居住系・在宅サービスの充実強化により重点的に対応を図る。また、認知症の増加については、小規模多機能型居宅介護、グループホーム等の拡充により対応を図る。
- ケアマネジメントの質の向上により、より適切なサービスの提供を行う。



あるべき介護サービス体系を支えるための機能強化

制度の持続可能性、安定性の確保

- ・社会保険方式の堅持
- ・能力に応じた負担と低所得者への配慮
- ・保険給付の重点化
- ・市町村の役割の重視（ニーズ調査に基づく事業計画策定と推進）
- ・被保険者の範囲拡大の検討

介護人材の確保と資質の向上

- ・サービスの質の評価
- ・介護の仕事への多様な人材の参入促進
（学卒者、潜在有資格者、離職者の対策、マッチング機能の強化）
- ・キャリアパスや研修体系の整備や研修受講支援を通じた資質向上と定着促進
- ・処遇・雇用管理の改善を通じた職場の魅力アップ
- ・ケアマネジャーのケアプラン作成能力の向上

医療・介護制度の運営の効率化等の取組み

○ 医療・介護保険制度の健全性を維持し、持続可能で安定的な制度運営を確保する観点から、予防事業や、ICTの利活用、後発医薬品の更なる使用促進などのその他の取組みにより、制度運営の更なる効率化等を図る。

【予防事業】

国民の生活の質の向上等を図る観点から、生活習慣病の予防、介護予防・重度化予防に積極的に取り組む。

○生活習慣病の予防

特定健診・保健指導の導入から今年度で4年目を迎えた実績を踏まえ、エビデンスに基づく新たな健診等の在り方を早急に関係者と検討し、保険者による、より効果的な保健事業の実施によって生活習慣病の予防に取り組む。

○介護・重度化予防

リハビリや機能訓練等の介護予防・重度化予防の取組みにより、要介護者の数を減少させる等の取組みを推進する。

【その他の取組み】

○ICT利活用の推進

レセプト電子化による審査支払事務の効率化、国の保有するレセプト情報等のデータベースの医療の地域連携への活用などを着実に進める。

○後発医薬品の更なる使用促進等

現在、平成24年度までに後発医薬品のシェア(数量ベース)を30%とする目標を掲げているが、更なる使用促進を図る。また、先発医薬品を含む医薬品の価格設定等のあり方を費用対効果の観点から検討するなど、引き続き保険給付の適正化に取り組む。

○保険者による適正受診の勧奨等の保険者機能の発揮

現在、一部の保険者で実践されているレセプトを用いた被保険者への適正受診の啓発・勧奨の取組みについて、保険者全体における実施を推進する等、制度運営の効率化に向けた保険者機能の発揮を強化。

○療養費等の見直し

会計検査院から指摘を受けた柔道整復療養費等、従来から見直しの議論がなされていた療養費等の支給について、その効率化を図る。

○国保組合の国庫補助の見直し

所得の高い国民健康保険組合に対する定率国庫補助の見直しを行う。

医療・介護分野におけるICTの利活用について

- 「新たな情報通信技術戦略(平成22年5月)」やIT戦略本部における医療情報化に関するタスクフォースにおける検討等を踏まえ、医療・介護分野におけるICTの利活用を積極的に推進する。

1. 電子レセプトの利活用

- 医療機関や保険者において、自らが保有する電子レセプトデータ等の分析を行うことにより、医療の質の向上や効果的な保健事業の実施が可能となる。
- 有識者会議の審査に基づき、厚生労働省が保有するレセプト情報等を提供することにより、都道府県が作成する医療計画への活用や医療サービスの質の向上等を目指した研究が可能となる。
- レセプト電子化により、縦覧・突合点検が可能となるなど審査支払事務の効率化が図られる。

2. 医療・介護の連携等への活用

- ITを活用したネットワークを構築することにより、在宅医療と介護の関係者間で必要な情報の共有を図ることが可能となる。
- 電子カルテを用いることにより、医療機関間の情報共有の促進が可能となる。
- 病院－診療所間で検査データを共有することが可能となる。

3. 個人による電子化された医療・健康情報の活用

- 電子化された医療・健康情報を管理・活用することにより、自らの健康管理等を効率的に行うことが可能となる。(例) 電子版お薬手帳／カード、電子版糖尿病連携手帳

4. 番号制度の導入による利便性の向上

- 高額医療・高額介護合算制度について、医療・介護サービス提供者間の情報連携により立て替え払いが不要となる。
- 券面に「番号」を記載した1枚のICカードで年金手帳、医療保険証、介護保険証等を提示可。
- 医療・介護サービスの現場において、本人が自分の診療情報等を容易に入手・活用できる。

医療・介護制度改革の将来推計の考え方

○ 今般の改革にあたっては、医療・介護制度改革の考え方を踏まえ、平成18年に公表された社会保障国民会議での医療・介護費用のシミュレーションを基礎として、以下のように医療提供体制の機能分化の程度等について大胆な仮定を置いた上で2025年までの医療・介護サービスの需給の状況や必要な費用等を推計し、試算を行う。

○基本改革シナリオ

①急性期の医療ニーズについて

現在の一般病床で対応している医療ニーズのうち、約2割が高度急性期、約5割が一般急性期、約3割が亜急性期・回復期リハ等と仮定する。ただし、地方では急性期から長期療養までを一体的に対応する型の医療機関等の存在も織り込む。

②長期療養ニーズについて

現在の医療療養・介護療養病床で対応しているニーズのうち、医療区分1に該当する方は介護施設、医療区分2・3に該当する方は、医療療養病床で対応すると仮定する。

※ 介護療養病床については、廃止を6年間延長し平成29年度末まで存続と仮定。

③医療人材投入について

医療ニーズに応じて、治療・ケア体制の強化、リハビリ、チーム医療等の推進等を図るため、マンパワーの投入強化を仮定。

(高度急性期:2倍程度、一般急性期:1.6倍程度、亜急性期・回復期リハ等:コメディカルを中心に1.3倍程度、長期療養:コメディカルを中心に1.1倍程度 等)

④平均在院日数について

各病床において機能分化を行い医療資源の集中投入により、平均在院日数を短縮。

(高度急性期:2割程度 一般急性期:33%程度 亜急性期・回復期リハ:2割程度 医療療養病床:1割程度 精神病床:1割程度)

○機能分化の程度等に応じた別シナリオ

上記の基本改革シナリオを前提に、医療機関の機能分化の程度等に応じた別シナリオを検討。

【備考】従来、医療費の将来推計について、名目額に着目して推計のたびに下方修正となっているとの指摘があること(対経済規模比でみると国民所得比概ね1割強で推移)等を踏まえ、社会保障国民会議での医療・介護費用のシミュレーションの表章の方法等も参考に、対経済規模比の表章を中心とするなど数値が適切に取り扱われるよう工夫する予定。

(参考)過去の2025年度における国民医療費の推計値(抜粋)

- ・ 1994年推計 141兆円(国民所得の推計値990～1330兆円に対して 11～14%程度)
- ・ 2000年推計 81兆円(国民所得の推計値660兆円に対して12%程度)
- ・ 2006年推計 56～65兆円(当時の改革の想定により幅がある。国民所得の推計値492～540兆円に対して10～13%程度)
- ・ 2010年推計 52～61兆円(対応する経済の見通しはなかった。診療報酬改定をどの程度見込むかで幅がある)

医療・介護制度改革の将来推計の考え方（イメージ）

【効率化・重点化要素】

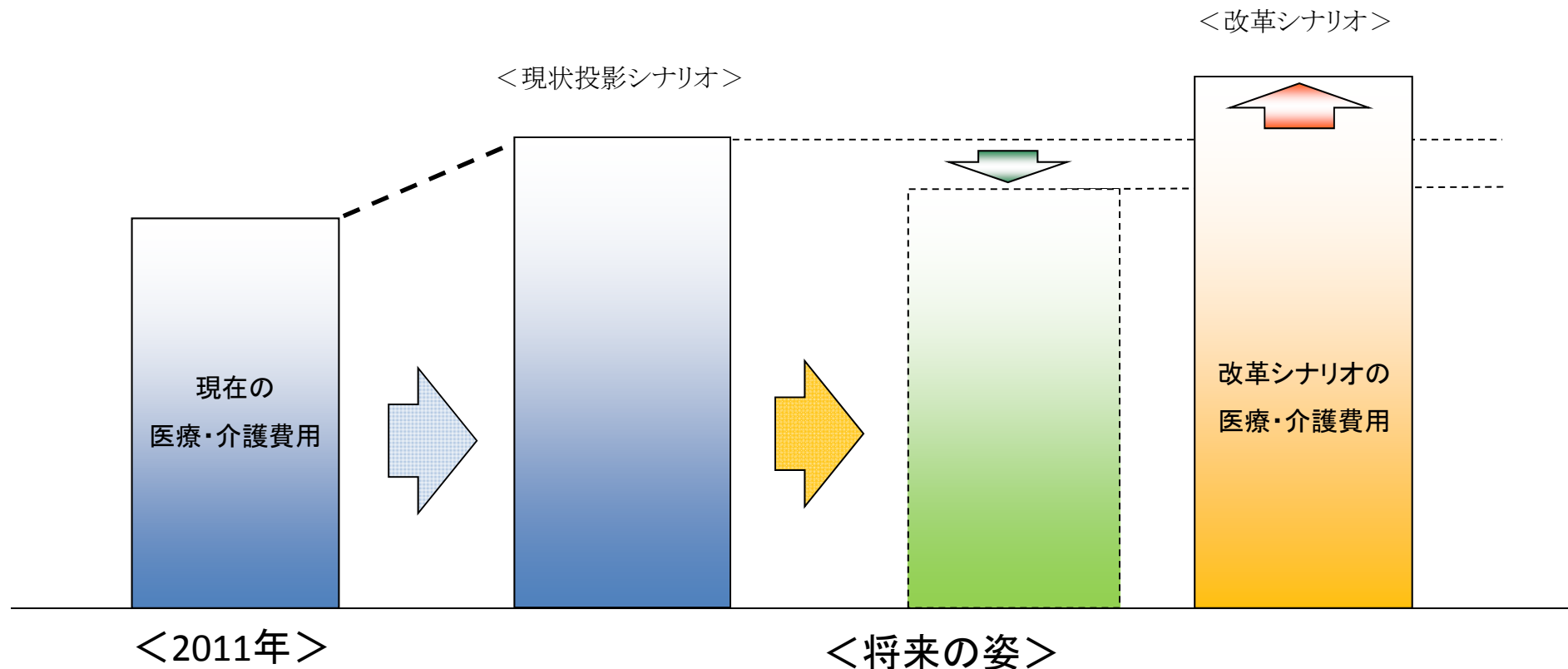
- 平均在院日数の短縮／病床の効率化／役割分担の見直し等
- 介護予防・重度化予防等
- 生活習慣病予防や後発医薬品の利用促進等

など

【機能強化】

- 医療資源の集中投入（単価増）等
- 在宅医療・在宅介護の推進等
- 認知症等の対応のためのグループホームや小規模多機能型居宅介護の整備等（※これらに伴い従事者数も増加）

など



医療・介護を取り巻く現状（参考資料）

平成23年5月19日

厚生労働省

1. 医療をとりまく現状

①医療提供体制の現状

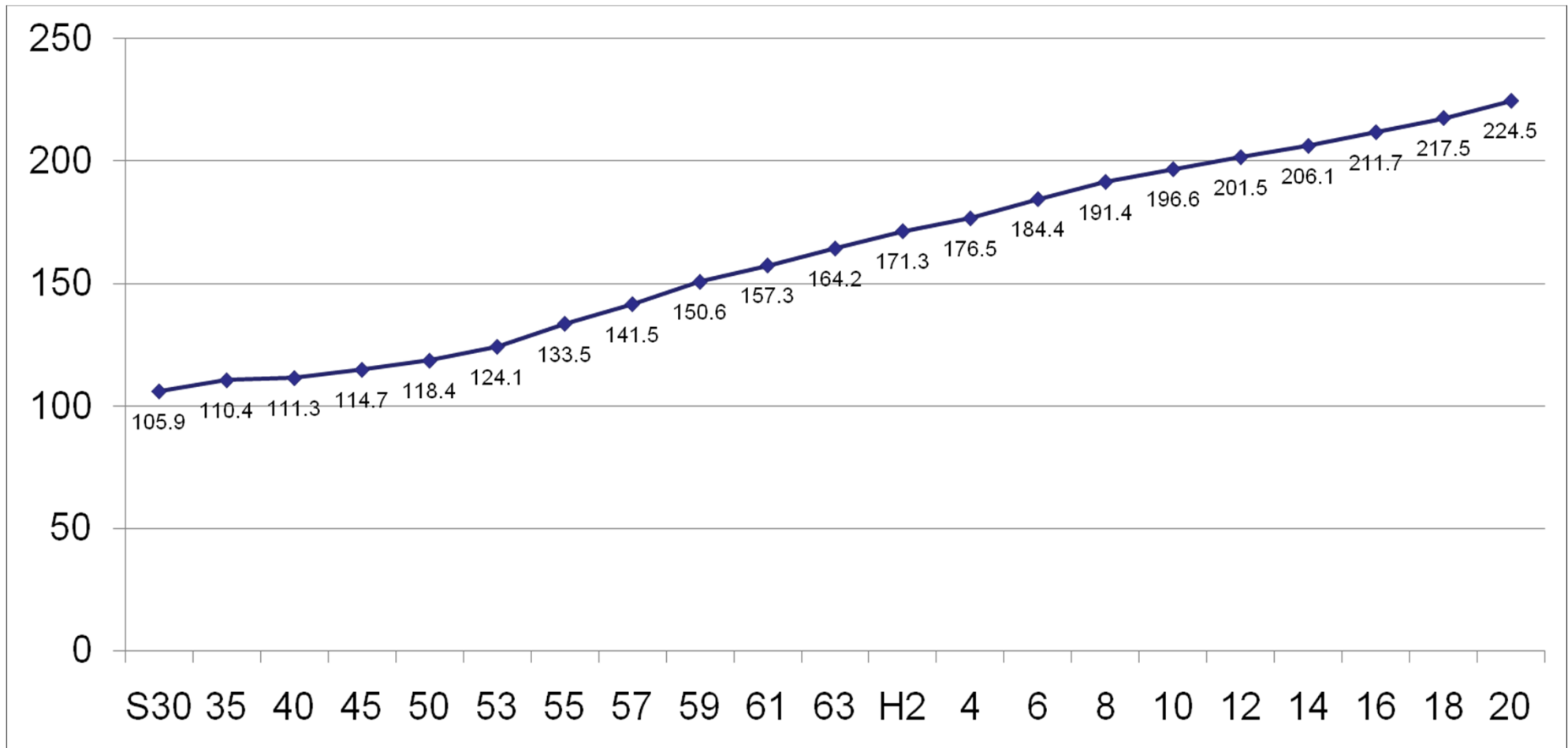
②医療保険制度の現状

①医療提供体制の現状

人口10万対医師数の年次推移

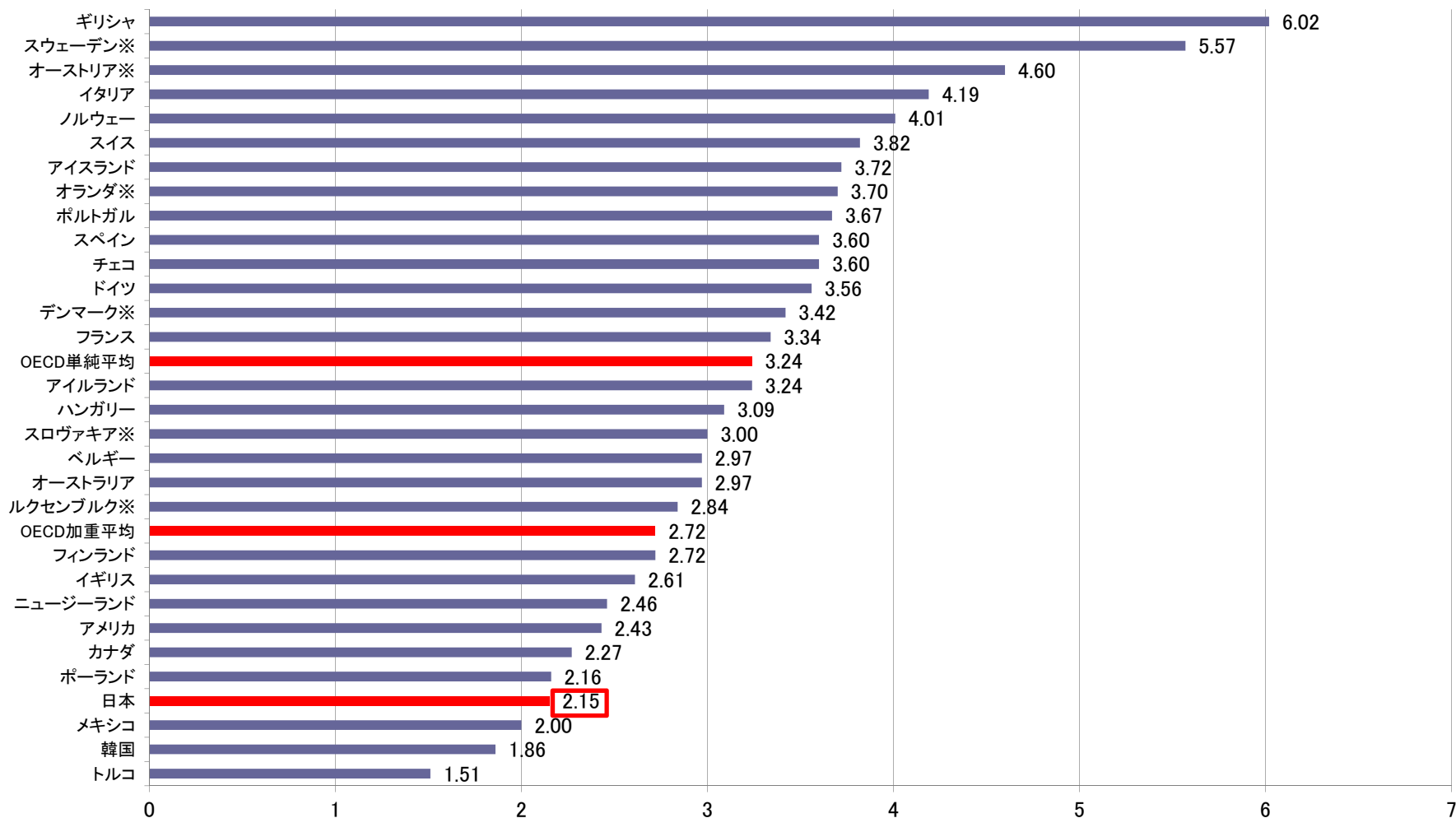
○近年、医師国家試験の合格者は毎年7,600～7,700人程度であり、死亡等を除いても、医師数は、毎年3,500～4,500人程度増加。

(医師数) 平成10年 24.9万人 → 平成20年 28.7万人 (注) 従事医師数は、27.2万人



人口千人当たり臨床医数の国際比較(2008年(平成20年))

○我が国の人口千人当たり臨床医数は、OECD単純平均の約2／3となっている。



※は2007年

注1 単純平均とは、各国の人口当たり医師数の合計を国数で割った数のこと。

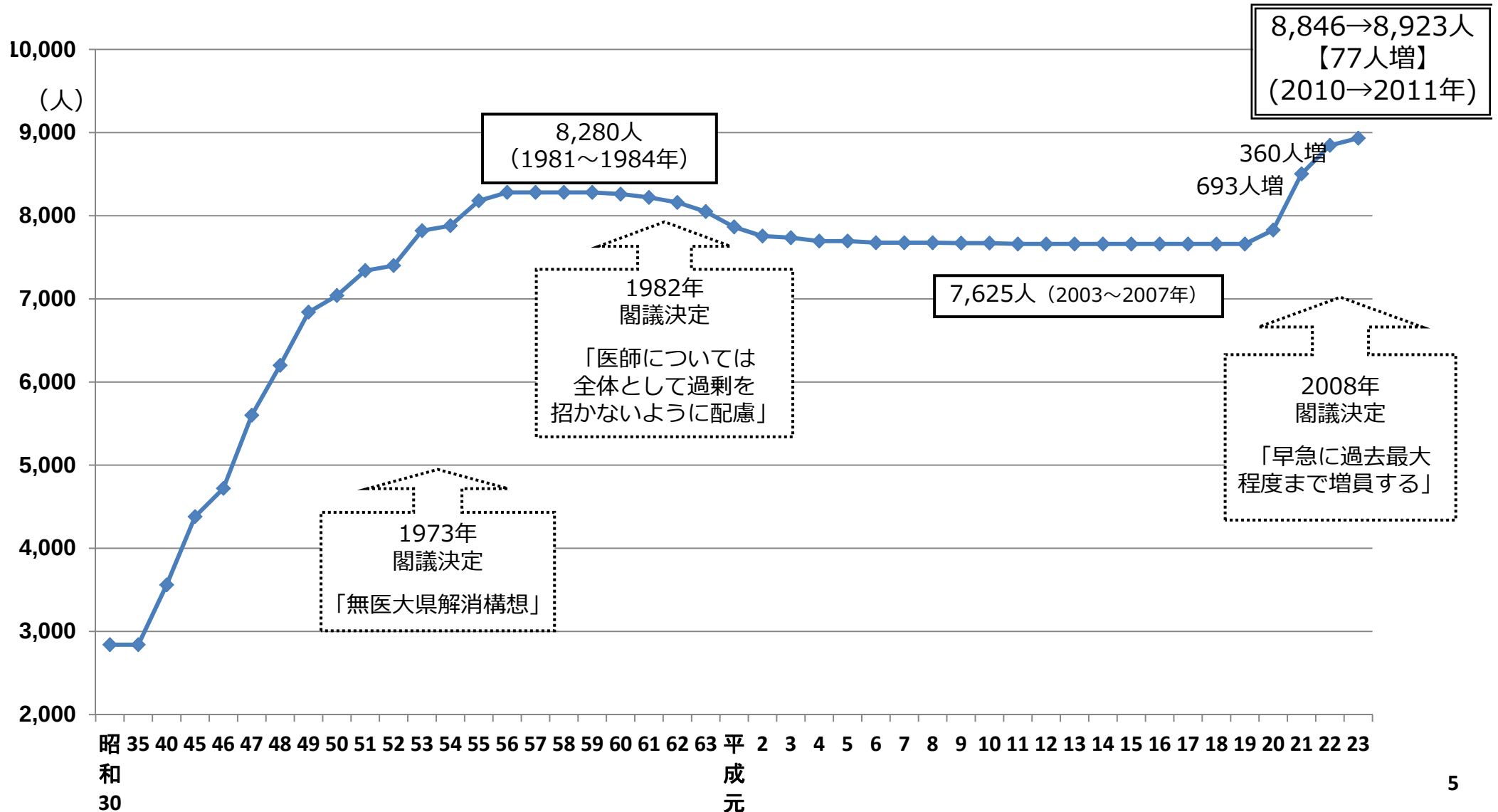
注2 加重平均とは、全医師数を全人口で割った数のこと。

注3 カナダ・フランス・ギリシャ・イタリア・トルコは現職医師数を、アイルランド・オランダ・ポルトガル・スウェーデンは総医師数を用いている。

OECD Health Data2010より

医学部入学定員の年次推移

○医学部の入学定員を、過去最大規模まで増員。

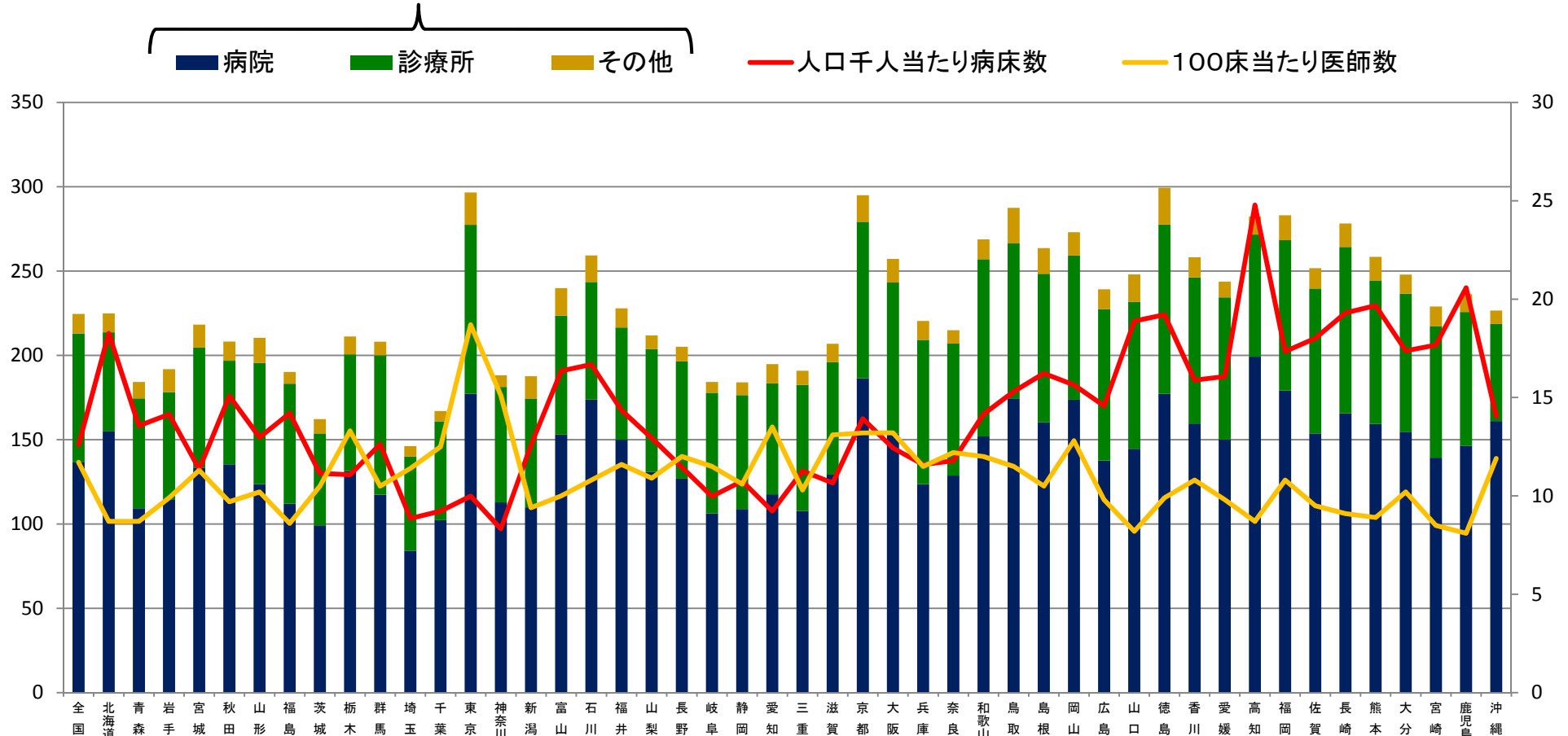


人口当たり医師数

○人口当たり医師数は、地域によって差がある。

○人口当たり医師数が全国平均より高めな地域であっても、人口当たり病床が多ければ、結果的に病床当たりの医師配置は薄くなる。

人口10万人当たり医師数(勤務先別)



※医療施設調査、医師・歯科医師・薬剤師調査(各平成20年)に基づき作成

病院等における必要医師数実態調査の概要

○全国的に医師が不足しているが、地域、診療科によって不足の程度が異なる。

病院等における必要医師数実態調査について

- <調査の目的> 全国統一的な方法により各医療機関が必要と考えている医師数を調査
<調査の期日> 平成22年6月1日現在
<調査の対象> 全国の病院及び分娩取扱い診療所を対象(10,262施設)
<回収率> 病院88.5%、分娩取扱い診療所64.0%の合計で84.8%

調査結果のポイント

- 現員医師数(167,063人)に対する倍率
- ・必要求人医師数 18,288人 1.11倍
 - ・必要医師数 24,033人 1.14倍

※ 倍率は、いずれも必要数と現員数の合計値を、現員数で除したもの

(必要医師数 = 必要求人医師数 + 求人していないが必要と考える医師数)

- 現員医師数に対する倍率が高い都道府県

- ・必要求人医師数 : 島根県1.24倍、岩手県1.23倍、青森県1.22倍
- ・必要医師数 : 岩手県1.40倍、青森県1.32倍、山梨県1.29倍

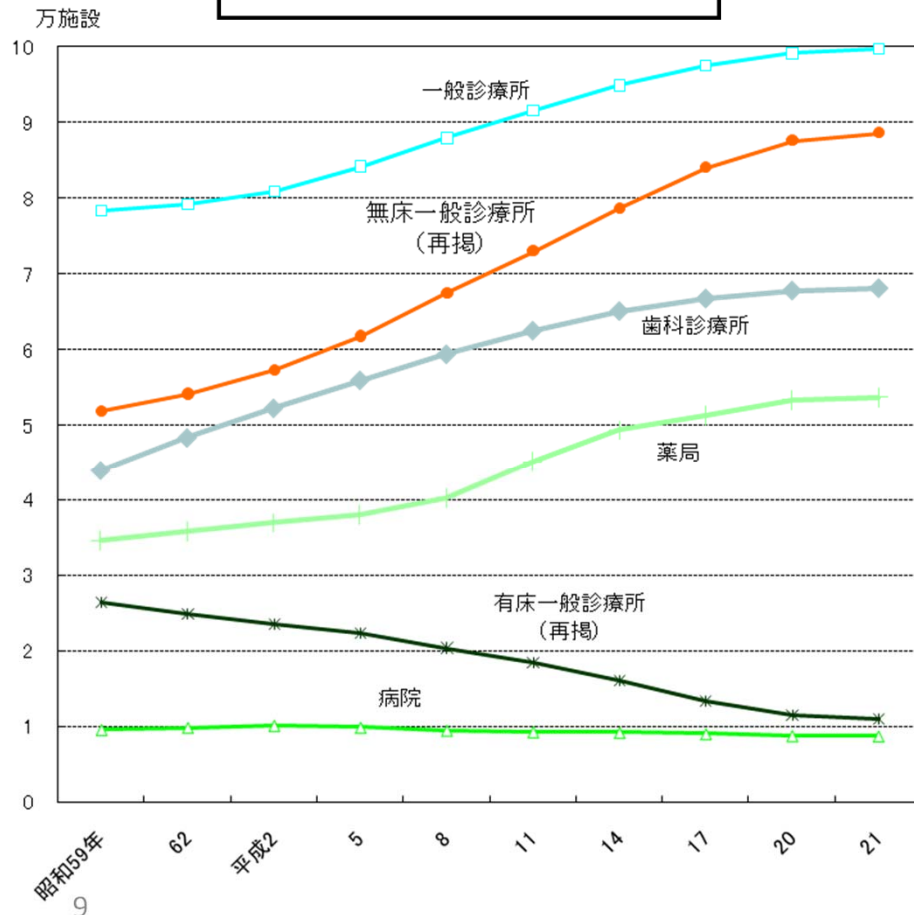
- 現員医師数に対する倍率が高い診療科

- ・必要求人医師数 : リハビリ科1.23倍、救急科1.21倍、呼吸器内科1.16倍、
- ・必要医師数 : リハビリ科1.29倍、救急科1.28倍、産科1.24倍、

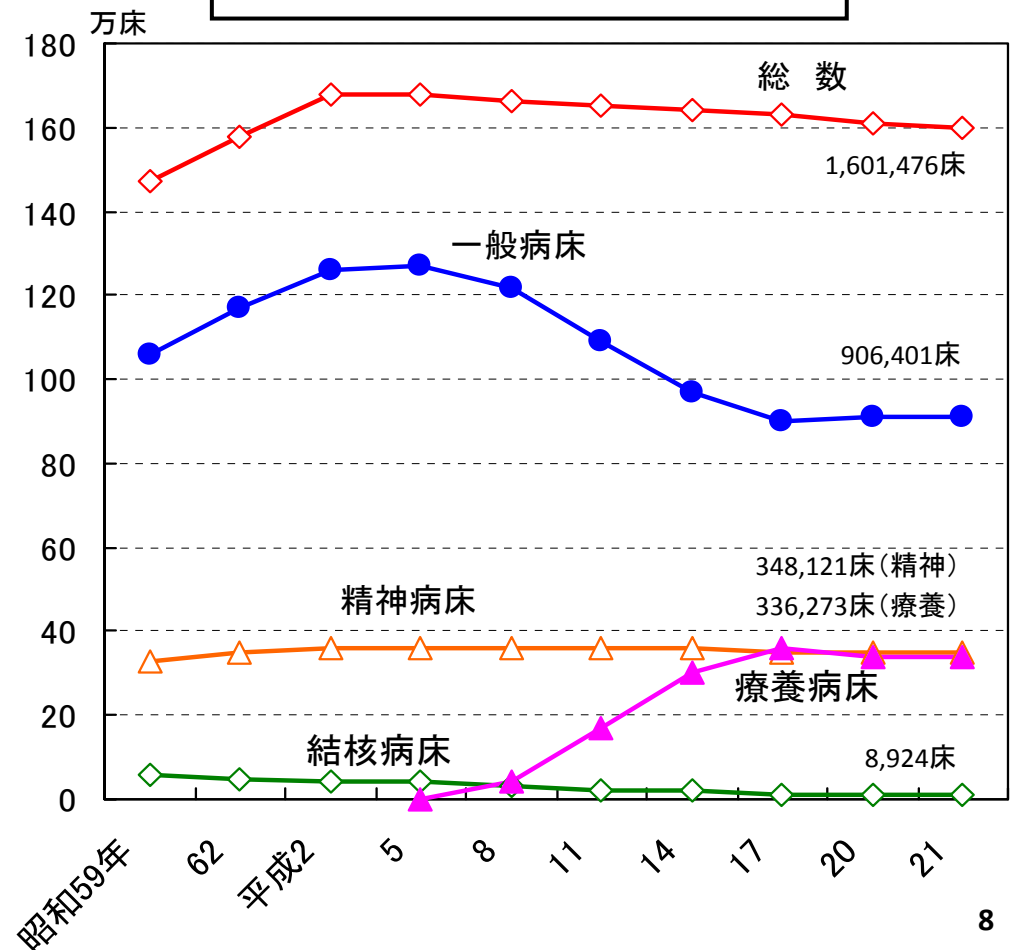
医療施設数及び病床数の推移

- 病院数は、平成2年をピークに1割減少。有床診療所は大幅に減少する一方、無床診療所が増加。
- 病床数は、平成4年をピークに減少。

医療施設数の推移

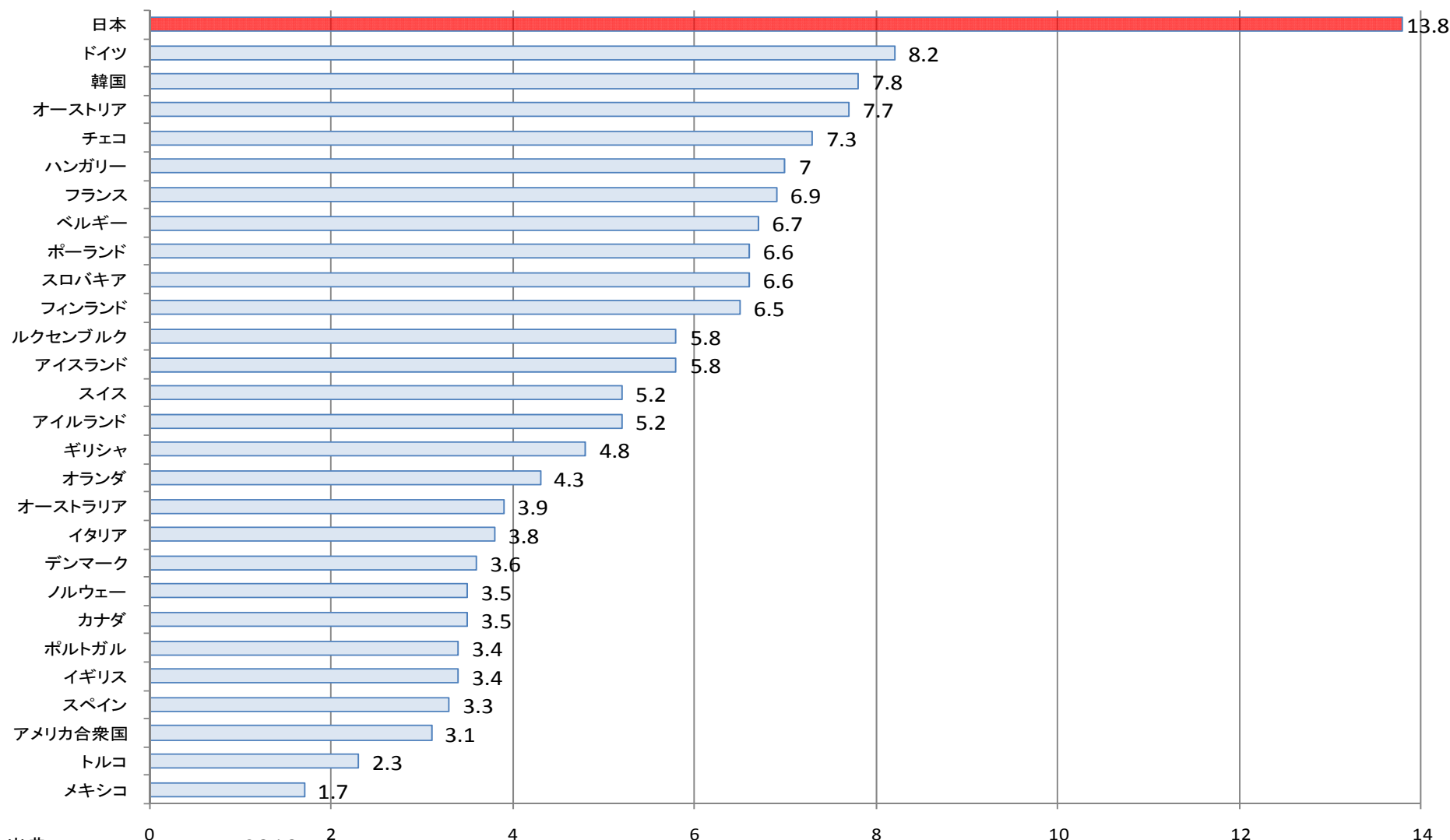


種類別病院病床数の推移



OECD諸国の病床数について(2008年(平成20年))

○人口千人当たり病床数は、他のOECD諸国に比べて大幅に多くなっている。

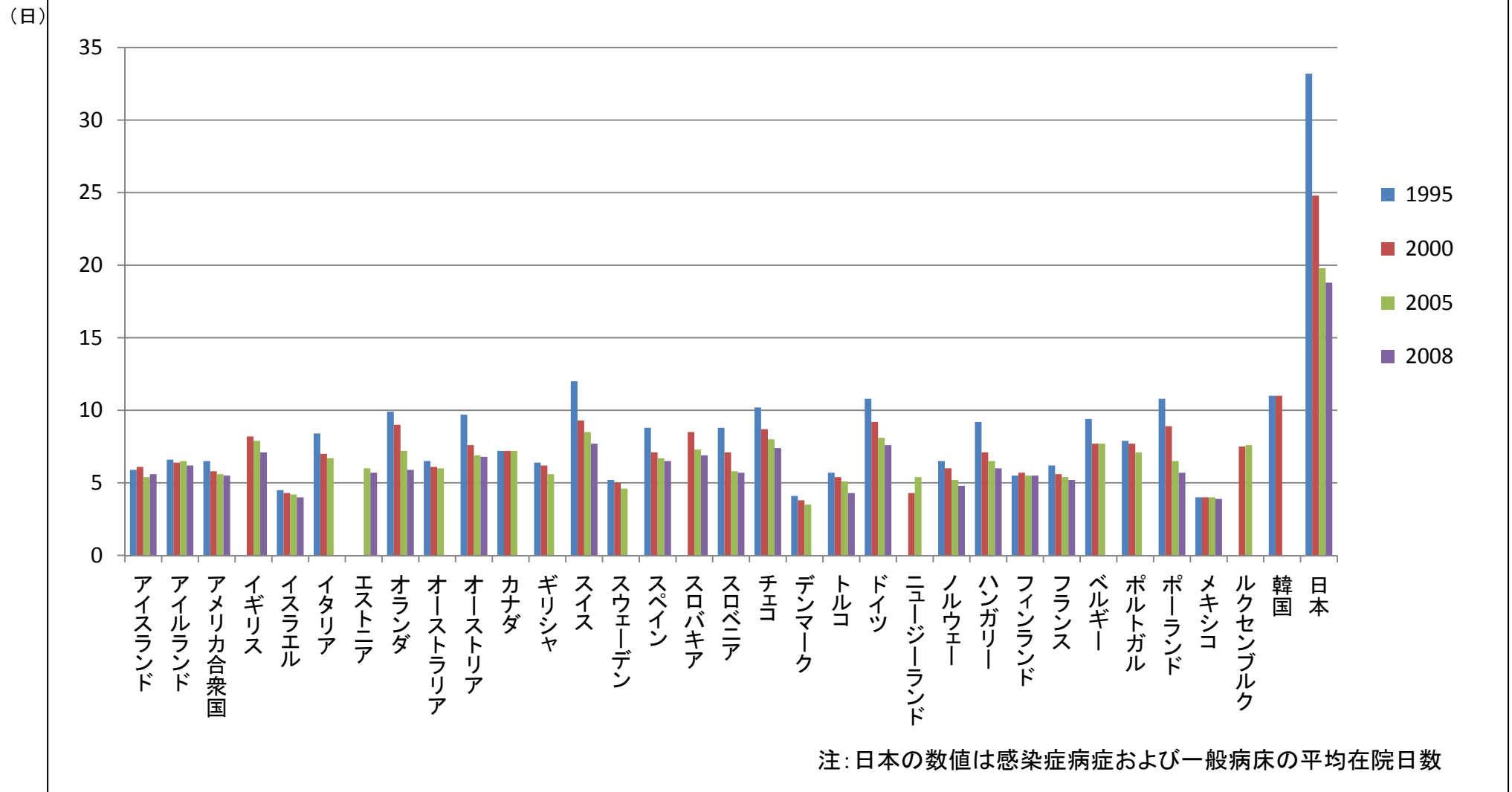


出典:OECD Health Data 2010

注)上記の病床は、急性期・精神・療養・一般等医療機関における全ての病床数を含めたもの。(ただし、ナースিংホームや老健施設における病床数などを除く。)

急性期医療の平均在院日数(1995-2008)

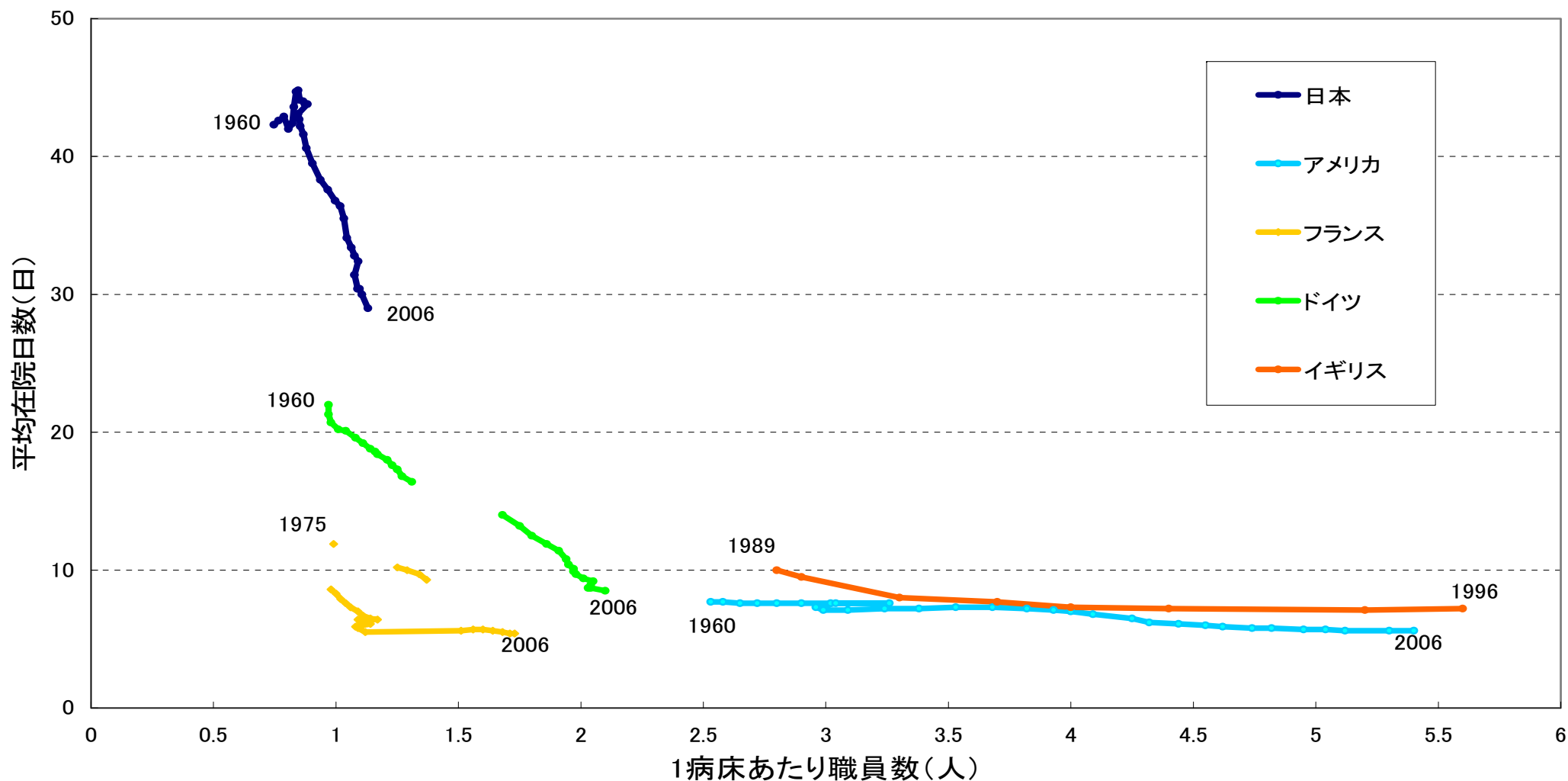
○ほとんどの国で、急性期医療の平均在院日数は短縮傾向にある。



出典: OECD Health Data 2010

平均在院日数と1病床当たり職員数

○国際的にみて、病床当たりの職員数と平均在院日数の間には、相関がみられる。



(資料) 日本:「病院報告」(厚生労働省) 諸外国:「OECD Health Data 2008」

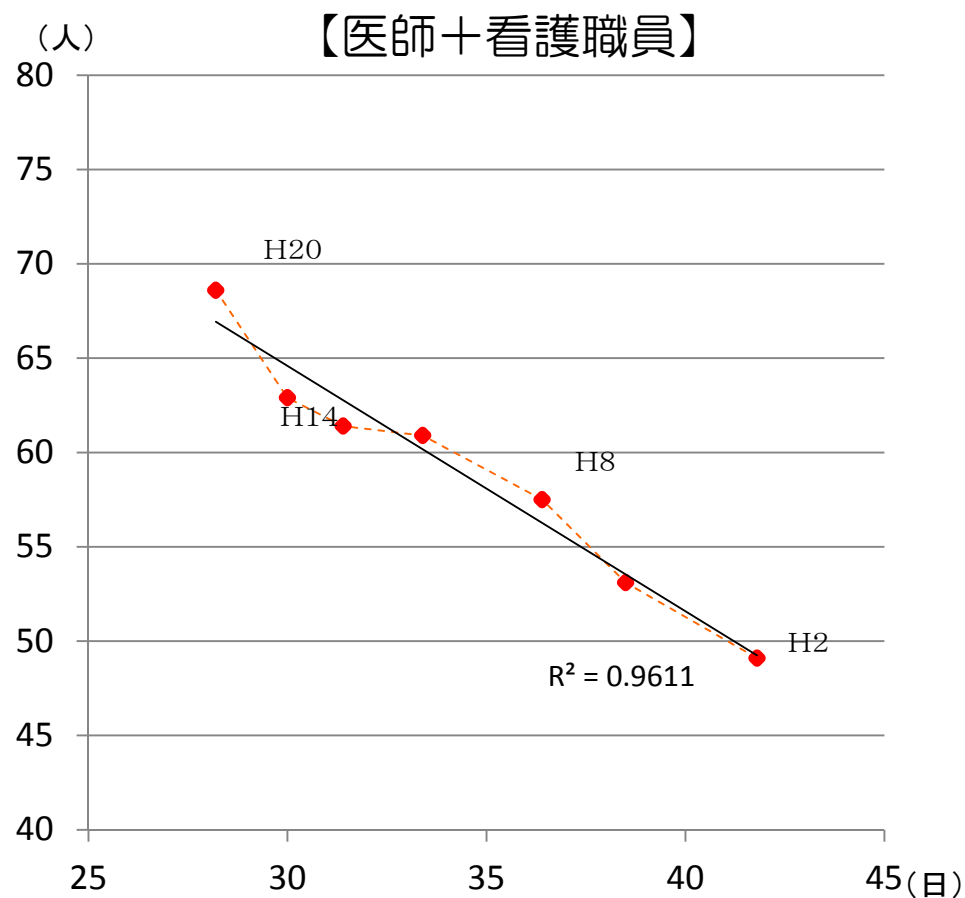
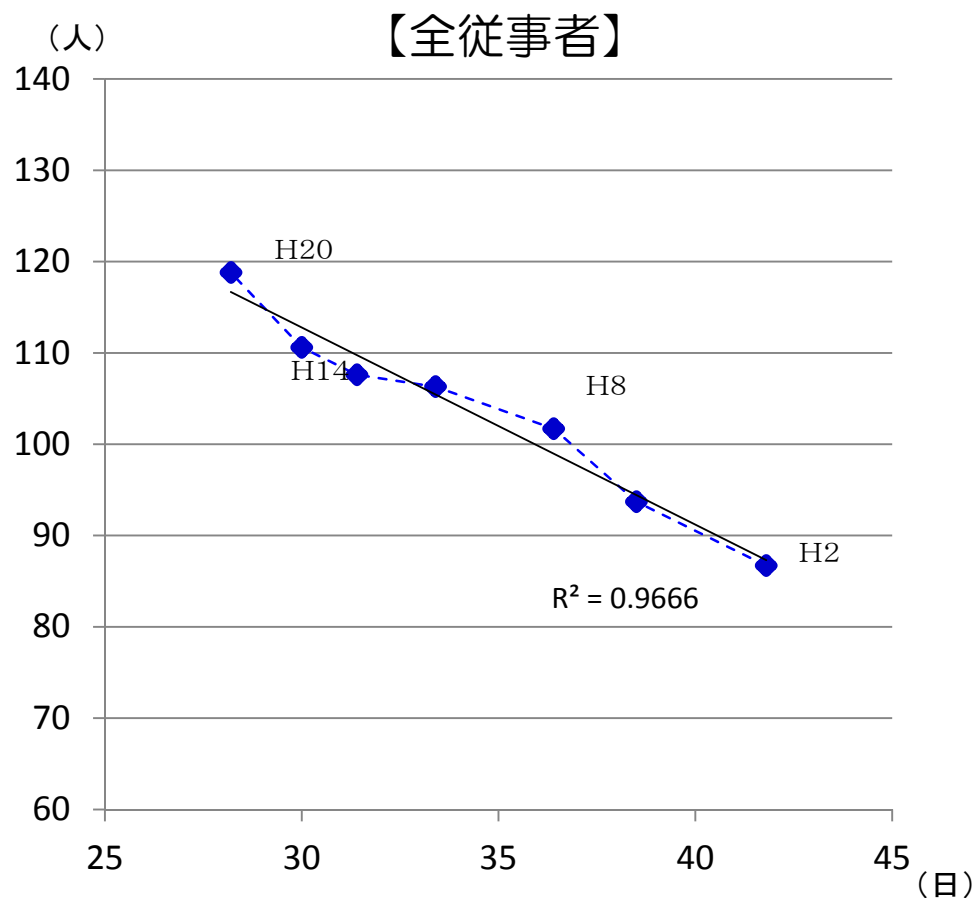
(注) 1. 日本は一般病院の数値である。

2. 諸外国はOECDの定義に基づく急性期医療(急性期病院)にかかる数値である。

100床当たり従事者数と平均在院日数(一般病院)

○ 100床当たりの従事者数と平均在院日数の間には、高い相関関係がみられる。

	＜平成2年＞		＜平成8年＞		＜平成14年＞		＜平成20年＞
100床当たり従事者数	86.7人	→	101.7人	→	107.6人	→	118.8人
うち、医師＋看護職員	49.1人	→	57.5人	→	61.4人	→	68.6人
平均在院日数	41.8日	→	36.4日	→	31.4日	→	28.2日



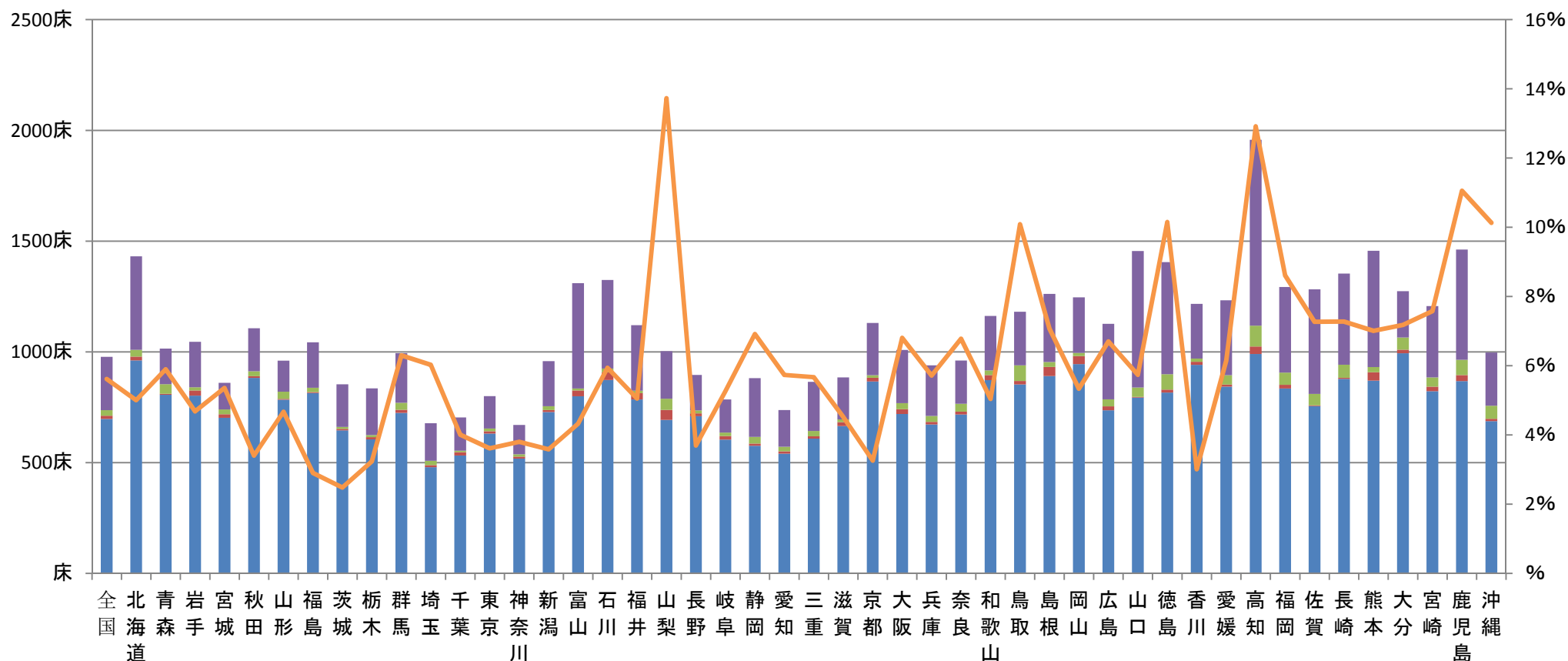
各年「病院報告」を基に作成

人口10万当たりの一般病床と療養病床の状況(都道府県別)

○人口10万人当たりの一般病床及び療養病床の病床数は、地域によって最大で3倍近くの差がある。

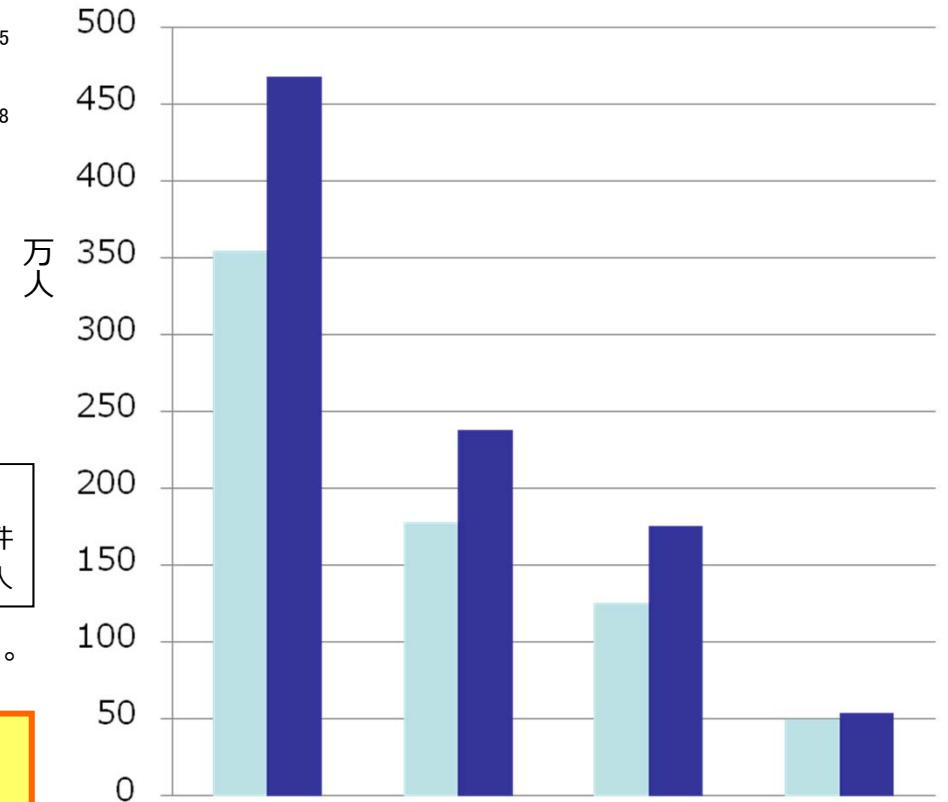
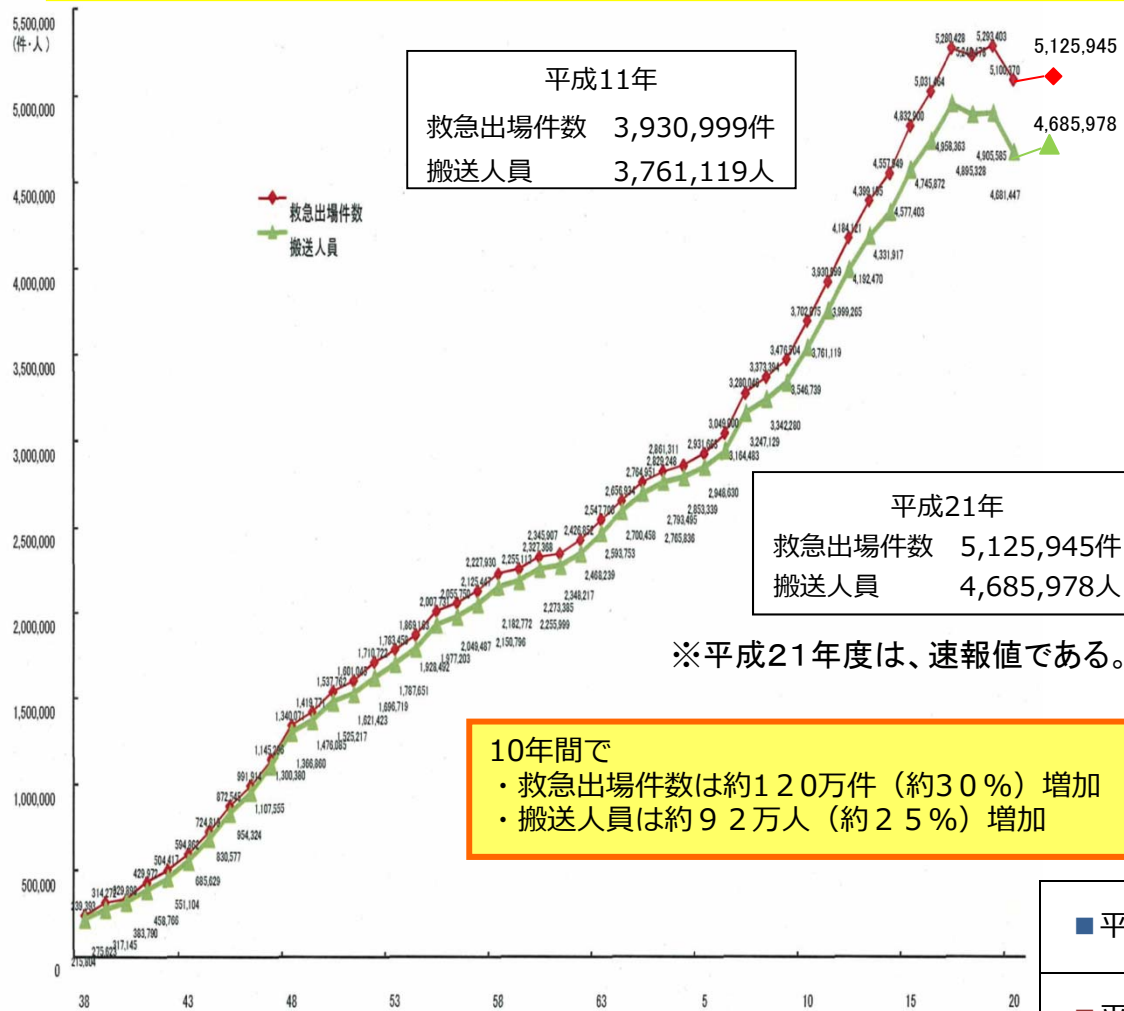
○回復期リハ病床の整備状況にも大きな差がある。

- 療養病床(回復期リハを除く)
- 回復期リハ(療養病床分)
- 回復期リハ(一般病床分)
- 一般病床(回復期リハを除く)
- 回復期リハ病床(総数)の一般病床(回復期リハを除く)に対する割合



救急出動件数及び搬送人員の推移(左図) 過去10年間の救急搬送人員の変化(重症度別)(右図)

○救急出動件数及び搬送人員数ともに、10年間で急増しているが、搬送人員数の伸びは、主に軽症者・中等症者の搬送人員増によるものである。



	全体	軽症	中等症	重症
■平成10年	354.1	178.3	125.9	49.8
■平成20年	467.9	237.8	175.8	53.7

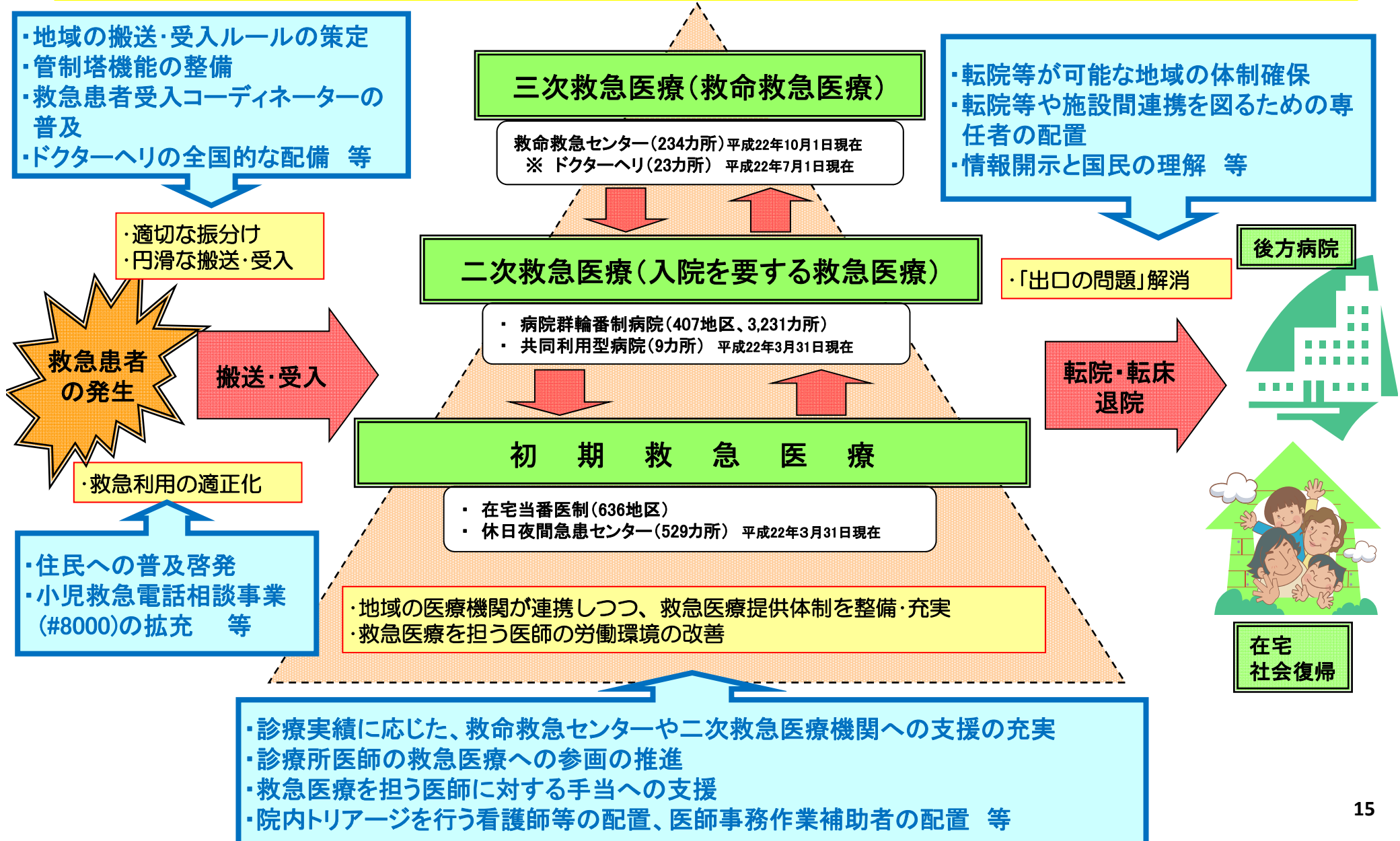
(注) 1 平成10年以降の救急出場件数及び搬送人員についてはヘリコプター出場分を含む。

2 各年とも1月から12月までの数値である。

(出典) 「平成21年救急・救助の概要(速報)」 「平成20年救急・救助の現況」 (総務省消防庁) **14**

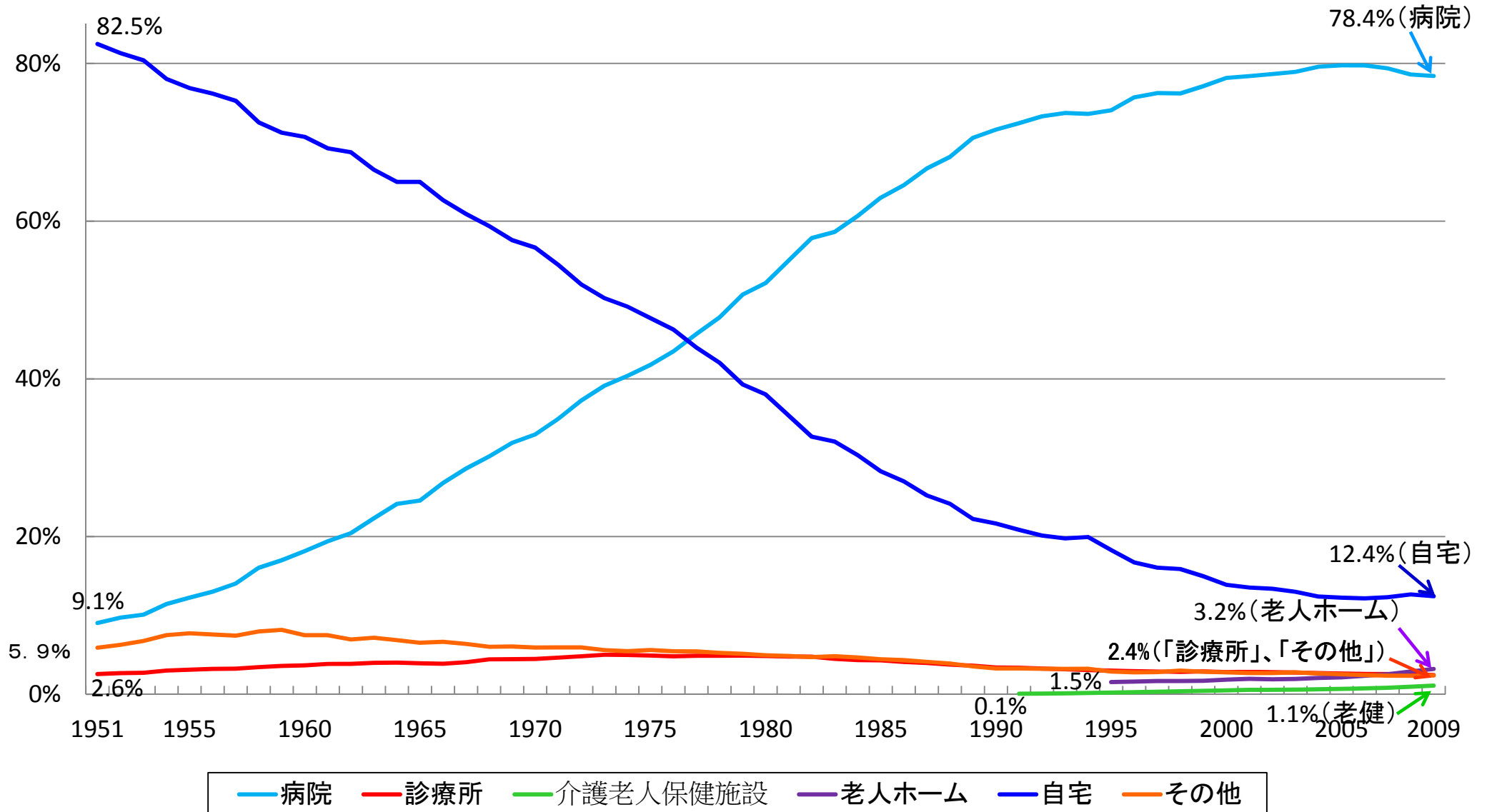
救急医療に関する施策

○医療機関間で機能を分化し、連携しながら救急患者を受け入れている。



死亡場所の推移

○20世紀半ばには自宅で死亡する者が8割超であったが、現在では8割近くの者が病院で死亡している。



※1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている

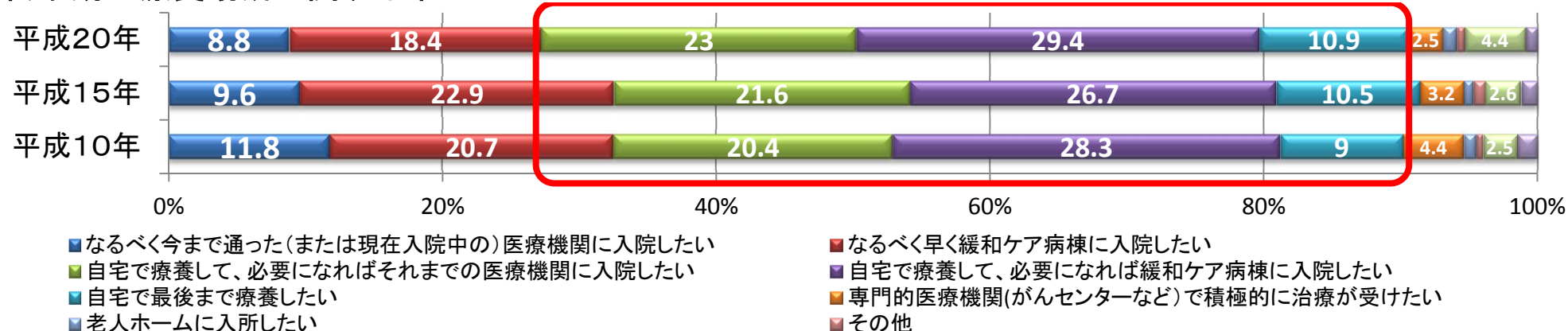
出典)厚生労働省「人口動態調査」

終末期医療に関する調査

○60%以上の国民が「自宅で療養したい」と希望。

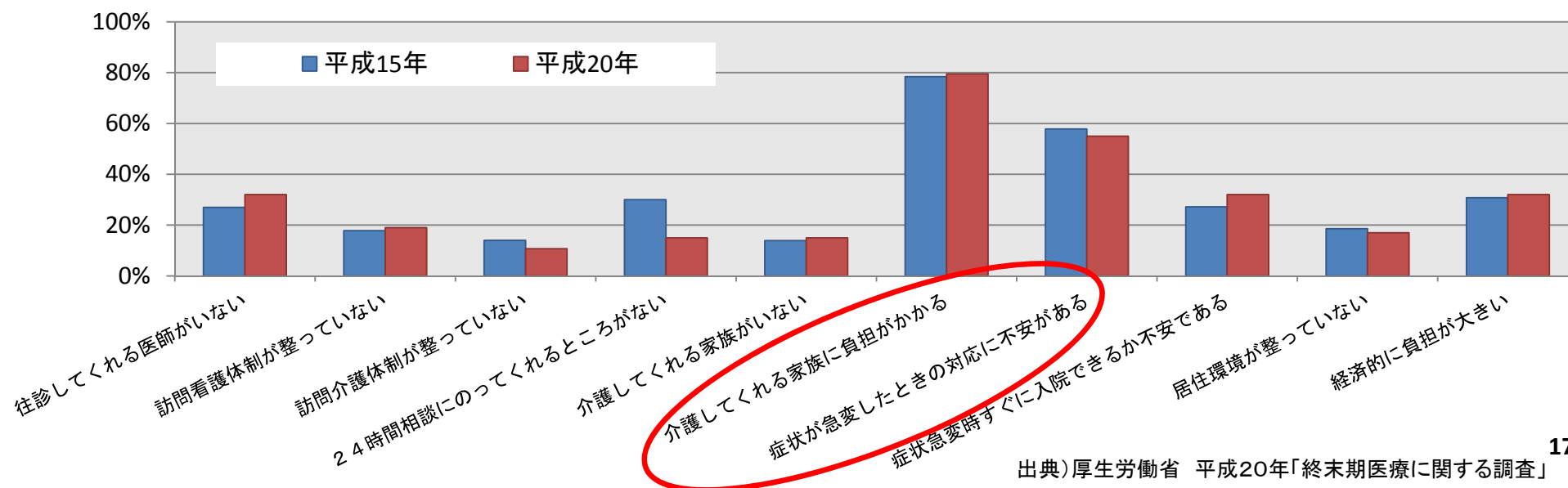
○自宅で最期まで療養するには、家族の負担や急変したときの対応などに不安を感じている。

■終末期の療養場所に関する希望



出典)厚生労働省「終末期医療に関する調査」(各年)

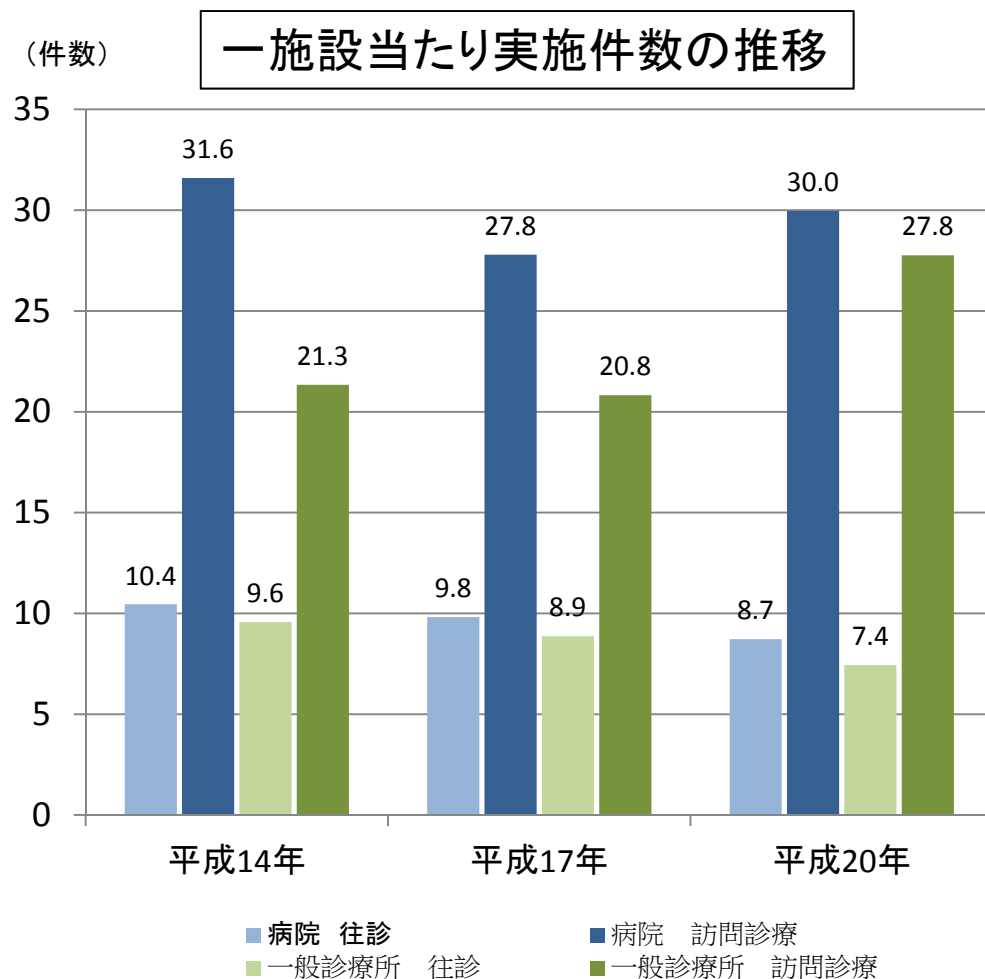
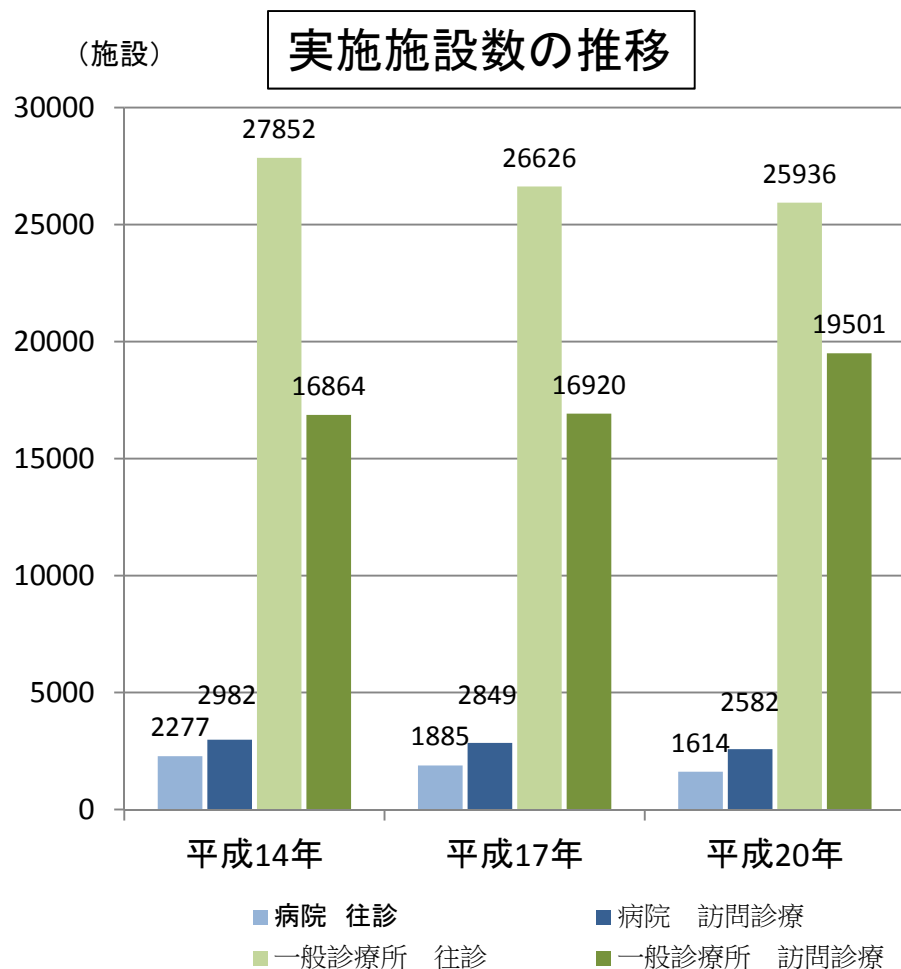
■自宅で最期まで療養することが困難な理由(複数回答)



出典)厚生労働省 平成20年「終末期医療に関する調査」

往診・訪問診療の状況

○訪問診療を実施する診療所数は、平成17年から平成20年にかけて、在宅療養支援診療所の制度化等に伴い増加。



注1) 往診とは、患家の求めに応じて患家に赴き行われた診療

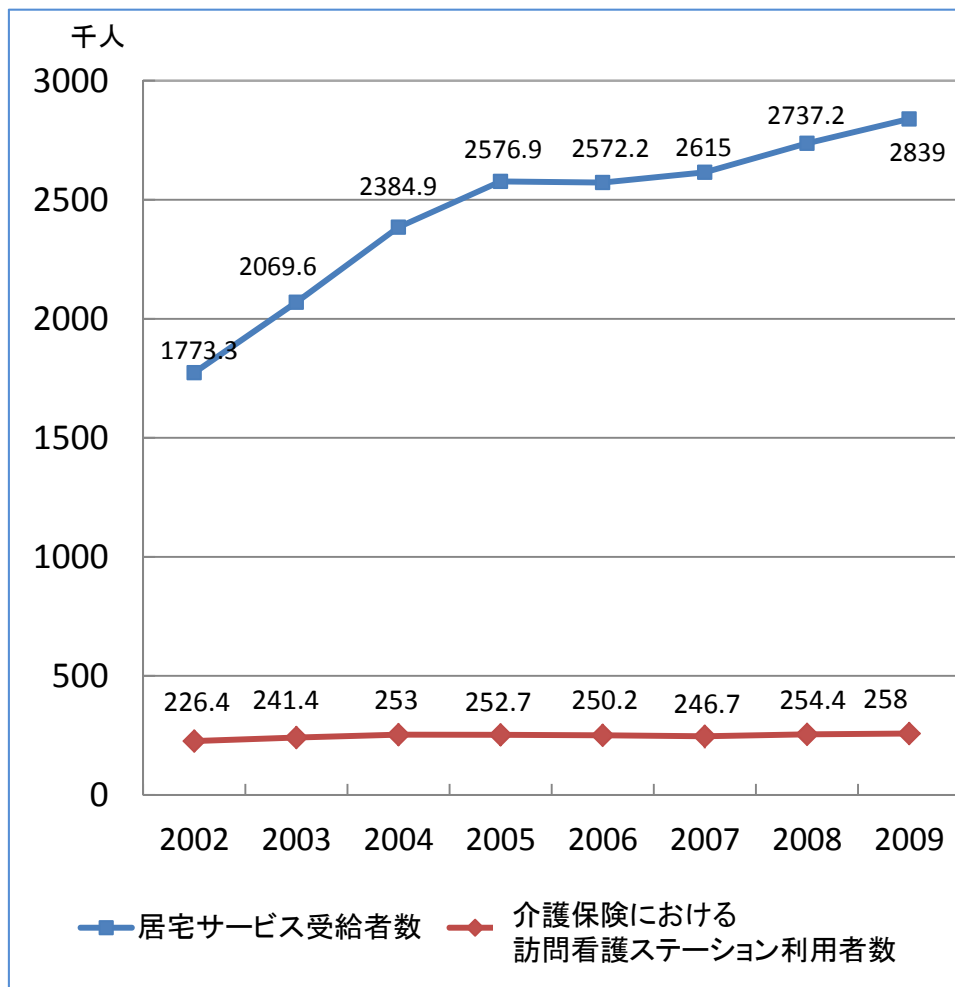
注2) 訪問診療とは、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して定期的に訪問して行われた診療

出典：医療施設調査

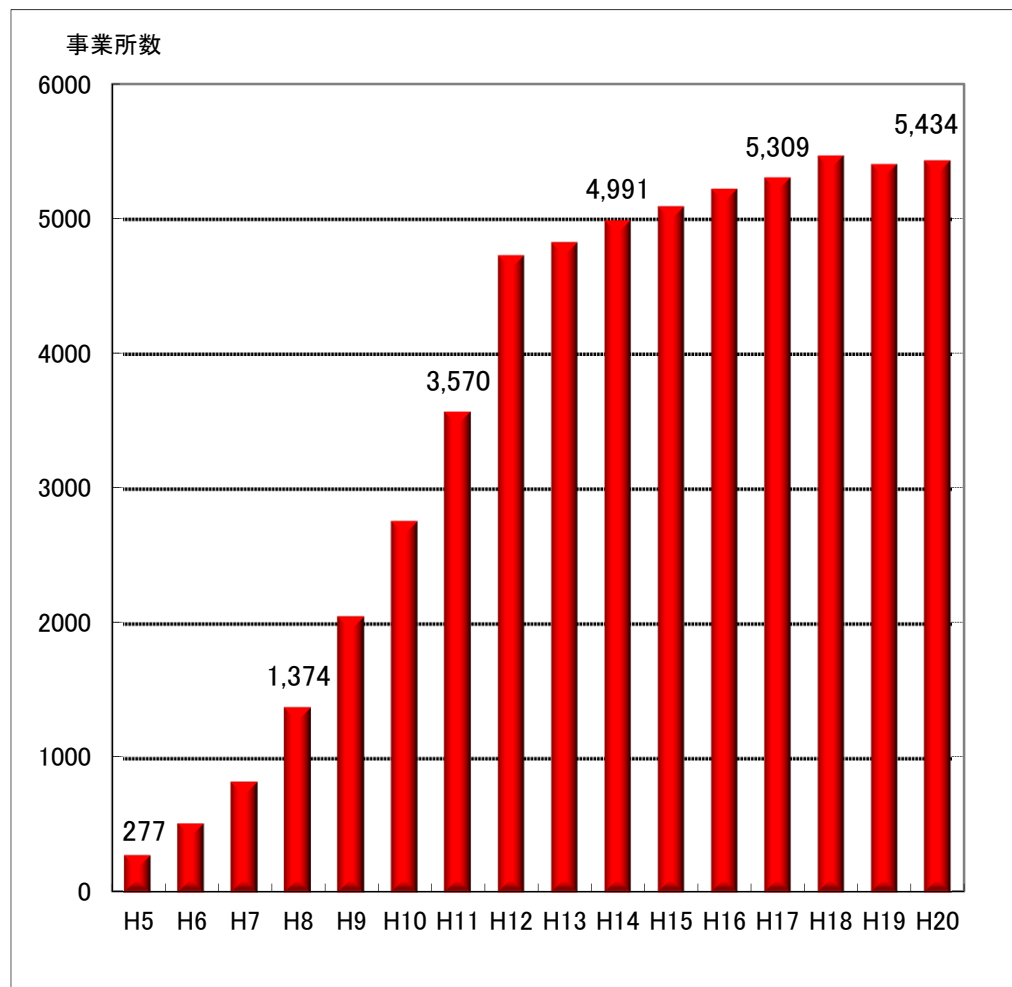
訪問看護サービス利用者数と訪問看護ステーション数の推移

- 居宅サービス全体の利用者数は伸びているが、訪問看護サービス利用者数は横ばい。
- また近年は訪問看護ステーション数も横ばい。

■居宅サービス利用者および訪問看護利用者の推移



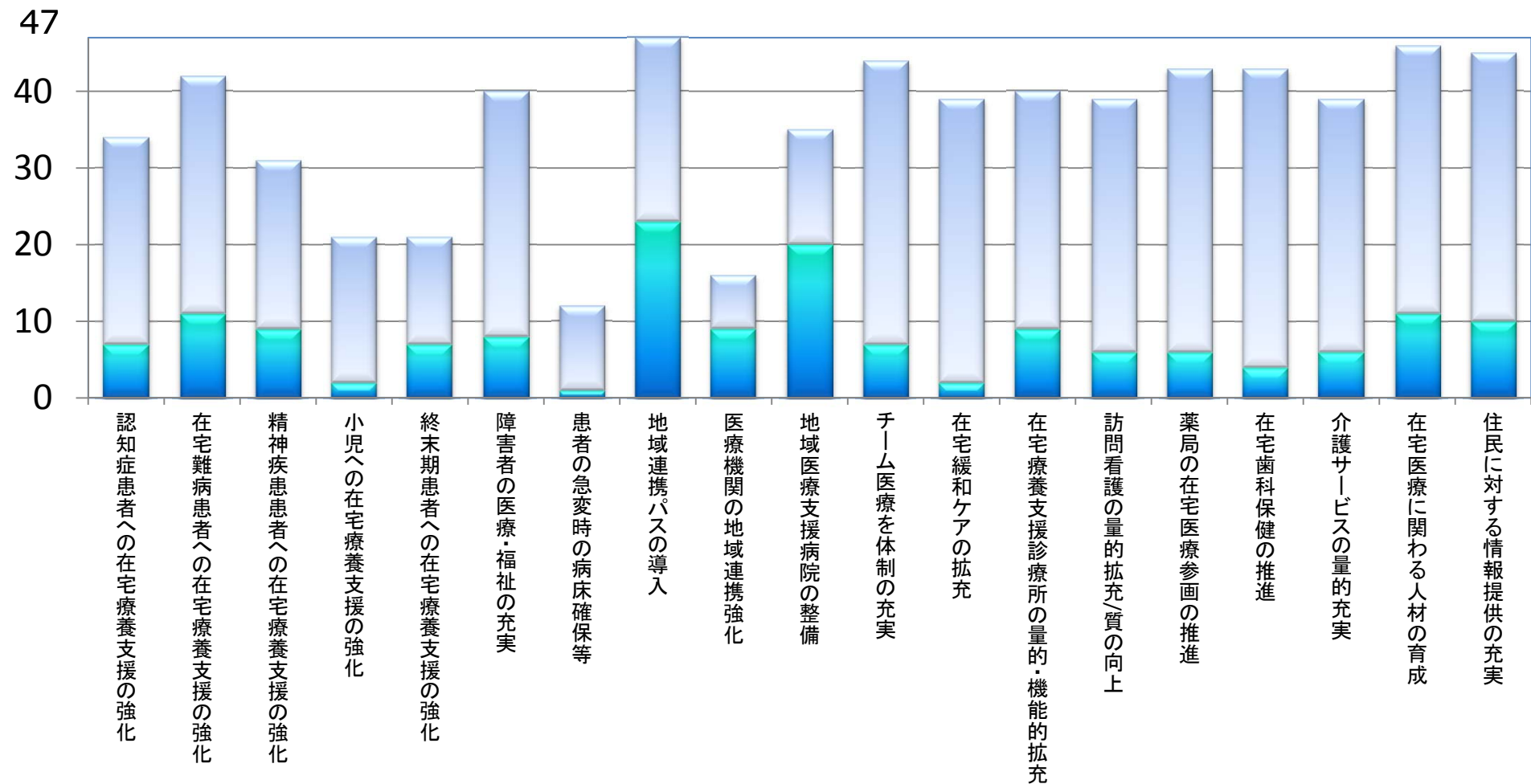
■訪問看護ステーション数の変化



在宅医療に関する医療計画の内容

○医療計画における在宅医療の記載状況については、数値目標の有無を含め、その内容は多様である。

■医療計画の内容(平成23年1月31日時点)



■数値目標あり

■記載有り

出典)各都道府県「医療計画」より厚生労働省で作成

②医療保険制度の現状

国民皆保険制度の意義

- 我が国は、国民皆保険制度を通じて世界最高レベルの平均寿命と保健医療水準を実現。
- 今後とも現行の社会保険方式による国民皆保険を堅持し、国民の安全・安心な暮らしを保障していくことが必要。

【日本の国民皆保険制度の特徴】

① 国民全員を公的医療保険で保障。

(米国では、オバマ政権による医療制度改革後も、約1800万人が無保険となる見込み。)

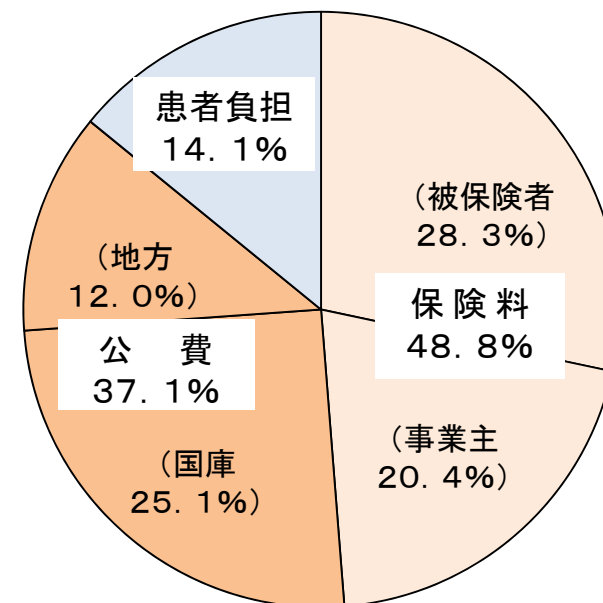
② 医療機関を自由に選べる。(フリーアクセス)

③ 安い医療費で高度な医療。

(米国では1人当たりの医療費が日本の2倍以上。
我が国では、高齢者の場合、月1千万円の医療を受けた場合でも、窓口負担は4万円強。)

④ 社会保険方式を基本としつつ、皆保険を維持するため、公費を投入。

日本の国民医療費の負担構造(財源別)(平成20年度)



・ドイツ、フランス、韓国等の諸外国においても、社会保険方式を採用。

・税方式を採用している国においては、医療機関を自由に選べない、医師の診察を受けられるまでの待機期間が長いとの指摘がある。

例えば、イギリスでは一般医(登録家庭医)が一次医療を担っているが、診察を受けるまでに時間がかかることが問題となっており、48時間以内に一般医の診察を受けられることを可能とすることが目標として掲げられている。

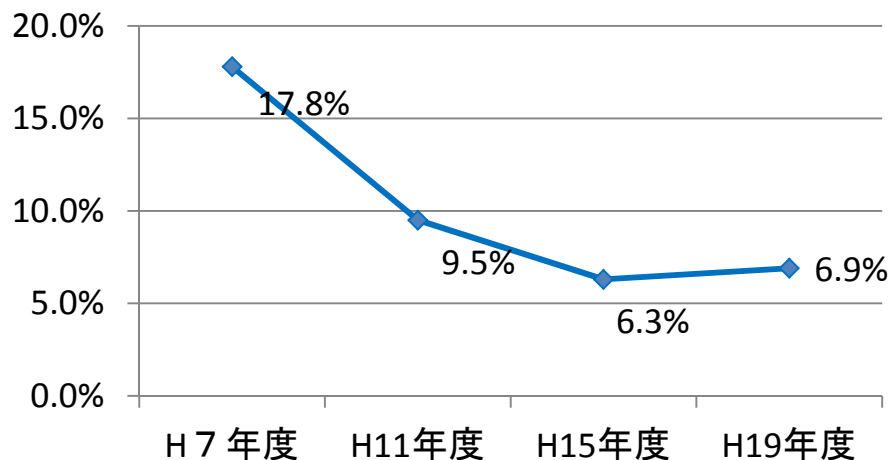
また、病院が紹介を受けてから患者が病院の専門医の治療を受けるまでの平均待機期間：8.6週間(2009年)

医療費適正化の取組①

○ 薬価差の是正、医療材料の内外価格差の是正や後発医薬品の使用促進などの様々な取組を通じて、効率的な医療を実現。これらの取組は今後とも推進。

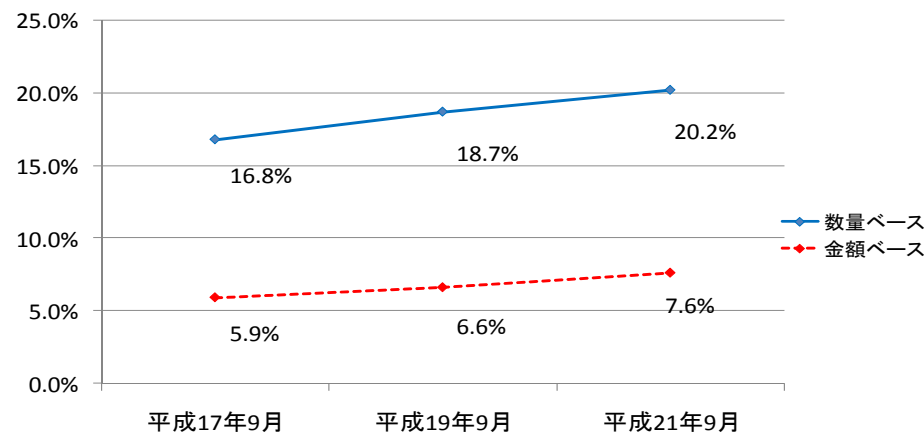
診療報酬改定による薬価差の是正

推定乖離率の推移



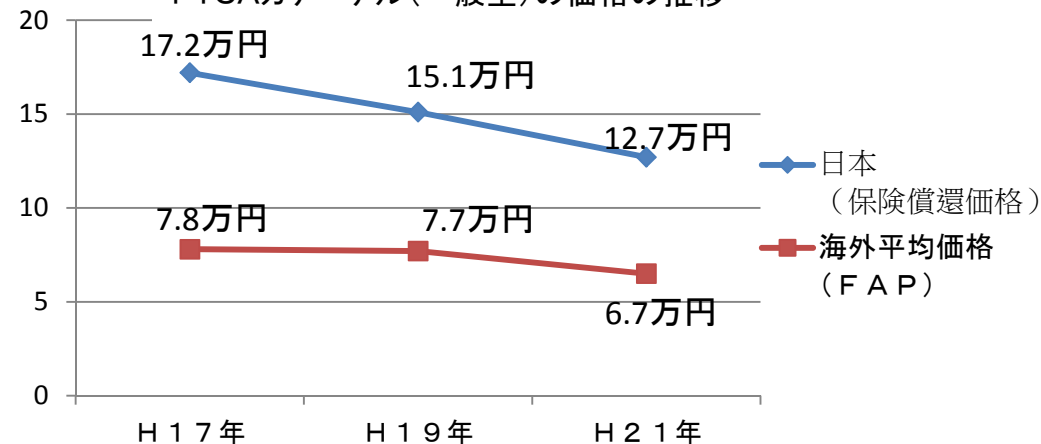
後発医薬品の使用促進

後発医薬品の市場シェアの推移

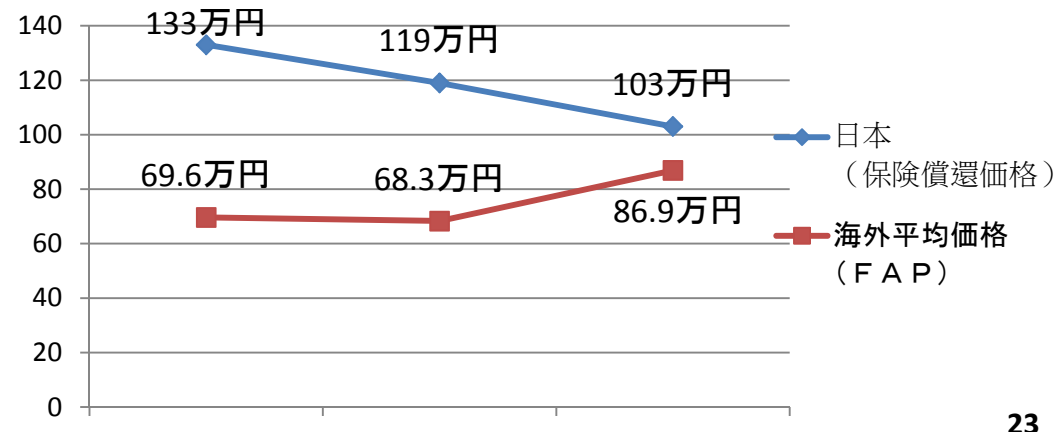


医療材料の内外価格差の是正

PTCAカテーテル(一般型)の価格の推移



ペースメーカー(シングルチャンバーⅡ型)の価格の推移



「医療機器に係る保険適用希望書の提出方法等について」(平成22年2月12日 医政経発0212第6号 保医発0212第11号)に基づき厚生労働省に報告されたデータを集計したもの。

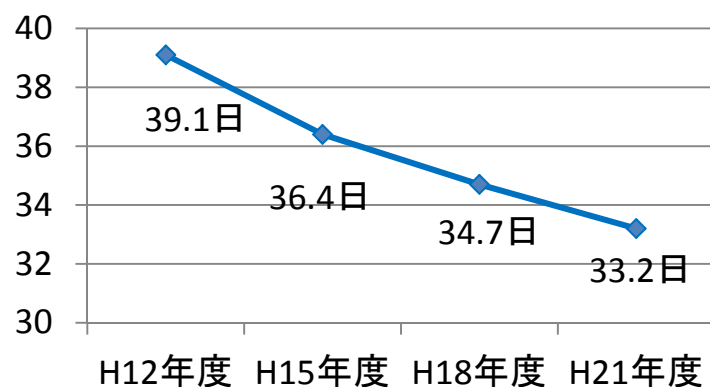
医療費適正化の取組②

○医療提供体制も機能分化、機能連携等により平均在院日数の短縮や受診日数の縮減を実現している。

○一方で、我が国は諸外国に比べて病床当たりの医療従事者数が少なく、その結果、医療密度が薄く、平均在院日数が長くなっている。

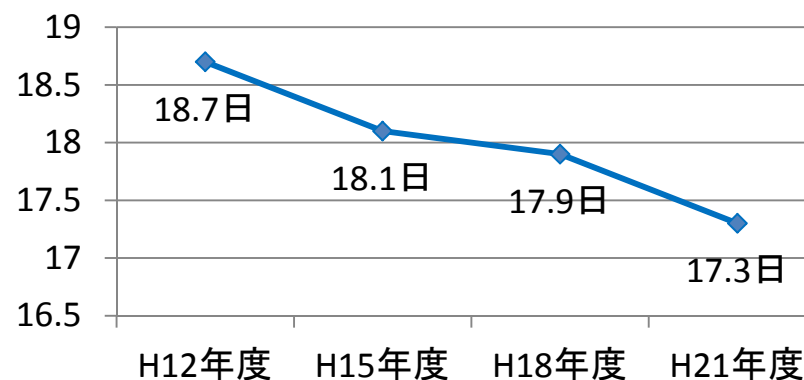
平均在院日数の短縮

平均在院日数の推移



受診日数の縮減

受診延日数(入院外)の推移



医療提供体制の各国比較(2008年)

国名	平均在院日数	人口一人当たり 外来診察回数	人口千人当たり 病床数	病床百床当たり 医師数	人口千人当たり 医師数	病床百床当たり 看護職員数	人口千人当たり 看護職員数
日本	33.8	13.4(※1)	13.8	15.7	2.2	69.4	9.5
ドイツ	9.9	7.8	8.2	43.3	3.6	130.0	10.7
フランス	12.9	6.9	6.9	48.5	3.3	115.2	7.9
イギリス	8.1	5.9	3.4	76.5	2.6	279.6	9.5(※2)
アメリカ	6.3	4.0(※1)	3.1(※2)	77.9	2.4	344.2	10.8

※1 2007年、※2 予測値

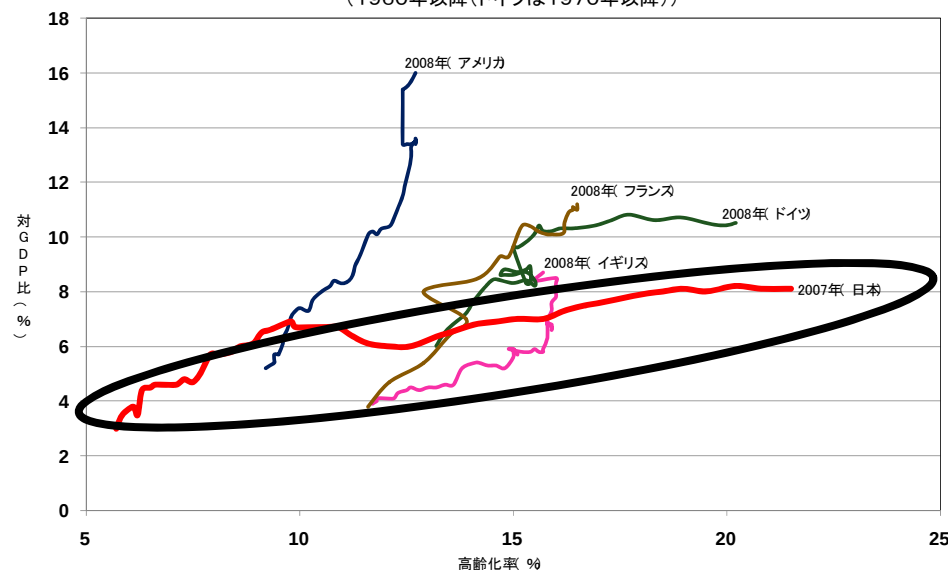
(出典):「OECD Health Data 2010」

医療費の動向

○ 日本は諸外国よりも高齢化率は高いが、医療費は低い状況にある。ただし、高齢化の進展や、医療の高度化に伴い、医療費は今後とも増大していく見込みである。

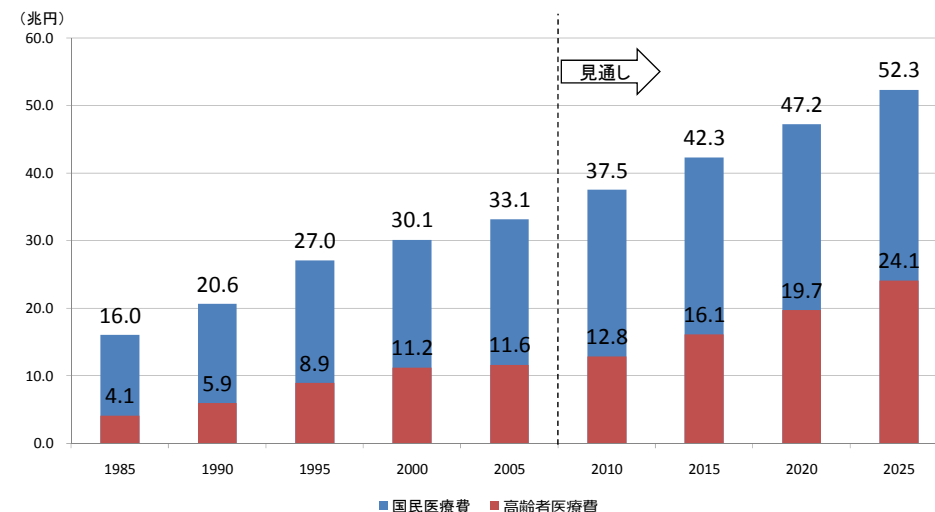
医療費全体の伸びの要因 ～高齢化率との相関～

高齢化率と医療費の対GDP比との関係について
(1960年以降(ドイツは1970年以降))



出典:「OECD HEALTH DATA 2010」

医療費の動向・今後の見通し



注:高齢者医療費は、①2000年度以前は70歳以上の医療費、②2005年度は9月までは73歳以上、10月以降は74歳以上の医療費、③2010年度以降は75歳以上の医療費(第11回高齢者医療制度改革会議(平成22年10月25日)で公表した試算)

○ 医療技術の進歩、高額な医療の登場

- ・ 左心補助人工心臓システム (平成23年4月保険適用) : 1810万円
- ・ ジェイス(人工皮膚) (平成21年1月保険適用) : 1枚 30万6千円 × 20枚(算定上限) = 612万円
- ・ ソリリス(発作性夜間ヘモグロビン尿症の新薬) (平成22年6月保険適用) : 1瓶 57万7229円、年間治療費約4500万円
- ・ 慢性腎不全による人工透析 : 1人月額医療費約40万円、年間医療費総額約1.4兆円(平成21年)

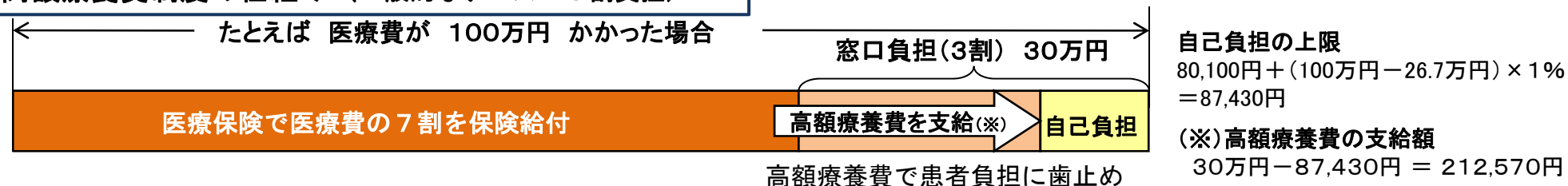
人工透析の患者数は毎年約1万人増加。平成元年:約8万人 → 平成11年:約20万人 → 平成21年:約29万人

出典:「図説 我が国の慢性透析療法の現況 (日本透析医学会)」、「第13回透析医療費実態調査報告 (日本透析医会)」

高額療養費制度の現状

○ 医療保険制度では、高額な医療にかかっても、家計の破たんのリスクを防ぐためのセーフティネットを整備。

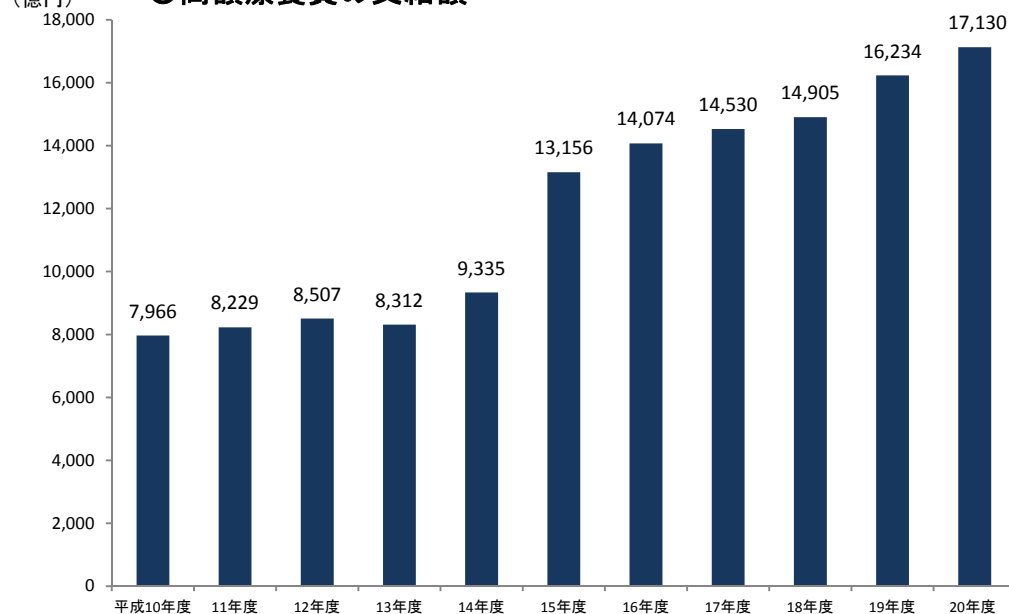
高額療養費制度の仕組み（一般的なケース 3割負担）



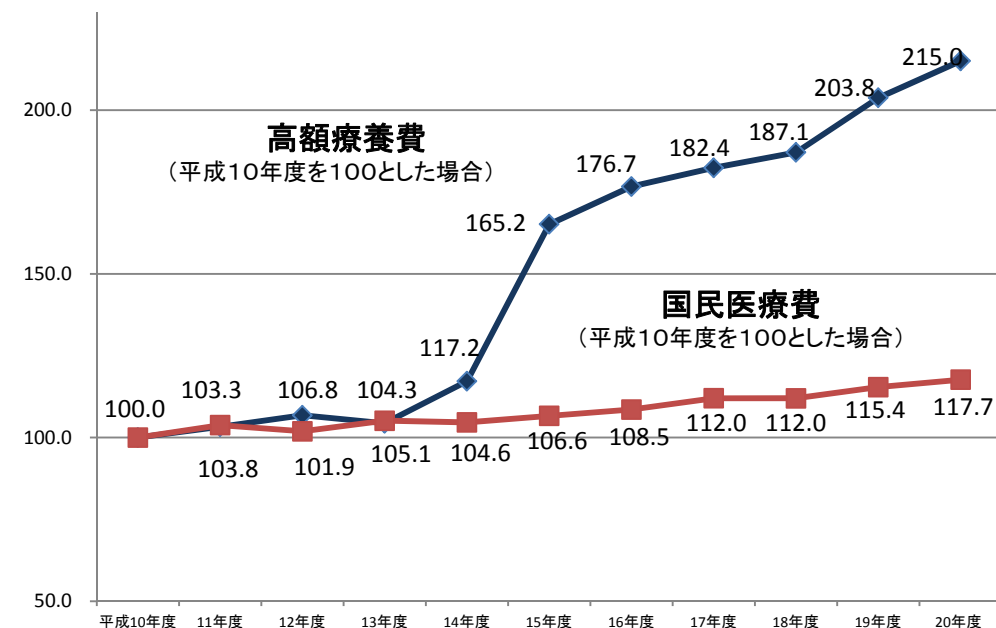
(1) 高額療養費の支給額は、自己負担割合の引上げや医療の高度化等に伴い、10年間で2倍程度に増加（平成20年度実績：1兆7千億円）。

(2) 高額療養費の伸びは、自己負担割合の引上げや医療の高度化等に伴い、国民医療費の伸びを大きく上回っている。

○高額療養費の支給額



○国民医療費、高額療養費の指数変化(平成10年度を100とした場合)



(注1) 平成13年度の支給額の減少の理由は、13年1月から医療保険の自己負担限度額に上位所得者の区分を設けたこと等による。

(注2) 平成15年度の大規模な支給額の増加は、14年10月から老人保健制度に1割負担(すべての医療機関)を導入したこと、15年4月から健保本人の自己負担割合を2割負担から3割負担に引き上げたこと等による。

医療の高度化の例

○ 新薬の開発等によって、より高い治療効果等が期待される治療が選択できるようになったが、以下の例のように治療にかかる費用が著しく増加する場合がある。

例1 関節リウマチ

リウマトレックスカプセル
(1999年薬事承認)

メトレキサート
約10万円／年
2011年の薬価で試算

エンブレル皮下注
(2005年薬事承認)

エタネルセプト(遺伝子組換え)
約100～200万円／年
2011年の薬価で試算

既存の治療薬で効果不十分な患者においても、
エタネルセプトの投与で効果が認められる場合がある。

	エタネルセプト 無投与	エタネルセプト 10mg投与	エタネルセプト 25mg投与
痛み等が改善した 患者の割合	6.3% (3/48例)	64.0% (32/50例)	65.3% (32/49例)

出典は、エタネルセプトの添付文書

例2 非弁膜症性心房細動患者における 脳卒中／全身性塞栓症の発症抑制

ワーファリン錠
(1962年薬事承認)

ワルファリン
約0.4万円／年
2011年の薬価で試算

プラザキサカプセル
(2011年薬事承認)

ダビガトラン
約20万円／年
2011年の薬価で試算

ダビガトラン投与により、

- 定期的な血液検査が不要となり、また、脳卒中の発症リスクがワルファリンと比べ統計的に有意に減少する【発症率: 1.57%(ワルファリン)→1.01%(ダビガトラン)、36%リスク減少】一方、出血や死亡のリスクも低くなることが示唆されている。
- 他の薬剤や食物との相互作用が少なく、納豆などの食事制限が不要となる。

臨床試験成績の出典は、Dabigatran versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation, N Engl J Med 2009; 361:1139-51

例3 慢性骨髄性白血病(慢性期の治療法の例)

マブリン散
(1957年薬事承認)

ブスルファン(維持療法時)
約0.1万円／年
2011年の薬価で試算

スミフェロン注、イントロンA注射用
(1991年効能追加)

IFN療法
約200～500万円／年
2011年の薬価で試算

グリベック錠
(2001年薬事承認)

イマチニブ
約400～600万円／年
2011年の薬価で試算

	ブスルファンを含む 抗悪性腫瘍剤	INF-α	イマチニブ	
			海外臨床試験	国内臨床試験
血液学的完全寛解率 ⁽¹⁾	-	20～50%	88.0%	93.8%
5年生存率	約30%【ブスルファン投与時】 ⁽²⁾	68～70%【併用療法の場合】 ⁽³⁾	89% ⁽³⁾	

(1)血液学的完全寛解率の出典は、いずれもイマチニブの審査報告書

(2)Randomized comparison of busulfan and hydroxyurea in chronic myelogenous leukemia: prolongation of survival by hydroxyurea. The German CML Study Group, Blood; 1993; 82: 398-407に基づく組推計

(3)Five-year Follow-up of Patients Receiving Imatinib For Chronic Myeloid Leukemia, N Engl J Med 2006; 355:2408-17

厳しさを増す保険財政

○ 近年、経済情勢の悪化による所得の落ち込みや高齢化等に伴う医療費の増加等により、各医療保険者の財政状況は非常に厳しくなっている。

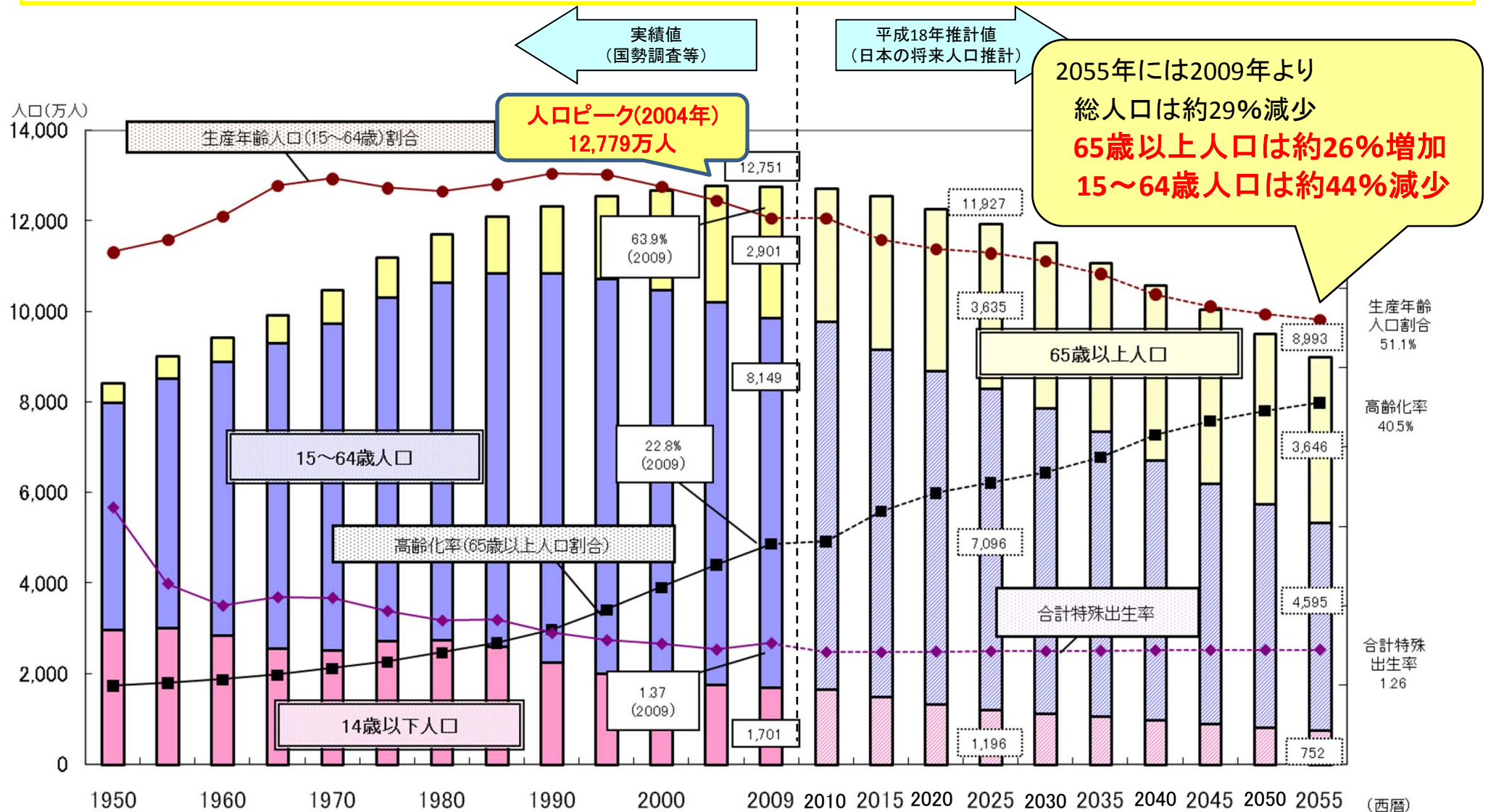
医療保険の財政状況

(単位: 億円)

		平成19年度	20年度	21年度	22年度	備考
国民健康保険	収入	127,797	124,589	125,993		・介護納付金等に係る費用を含む。 ・平成21年度までとなっていた以下の国保財政基盤強化策を平成25年度まで4年間延長 - i 高額医療費共同事業(830億円) - ii 保険者支援制度(950億円) - iii 財政安定化支援事業(1,000億円) (数字は23年度予算ベースの公費負担額) ・一般会計繰入のほか、前年度繰上充用額が約1,800億円。 (※) 決算補てんに充てられた東京都の財政調整交付金を含めた一般会計繰入を加味した収支差は▲3,242億円
	支出	129,087	124,496	125,927		
	収支差	▲1,290	93	66		
	一般会計繰入(赤字補填分)を加味した収支差	▲3,620	▲2,383	▲2,628(※)		
協会けんぽ (旧政管健保)	収入	71,052	71,357	69,735	78,064	・平成22年度は23年度予算に基づく見直しベース。 ・平成21年度末以降の累積債務を解消するため、平成22年度から24年度までの3年間の財政再建期間において、以下の特例措置を実施。そのため、平成22年度の単年度収支はプラスとなる見込み。 - i 保険料率の引上げ 8.2%→9.34%(平成22年度、全国平均、労使折半) ※ 平成23年度は9.50% - ii 国庫補助率の引上げ(13%→16.4%) - iii 累積赤字の3年間の分割償還
	支出	72,442	73,647	74,628	76,001	
	収支差	▲1,390	▲2,290	▲4,893	2,063	
	準備金残高	3,690	1,539	▲3,179	▲1,116	
組合健保	収入	62,003	63,658	61,717	61,729	・平成21年度は決算見込みベース。 ・平成22年度は予算ベース。 ・平成22年度の保険料は7.63%(全国平均、労使合計)
	支出	61,403	66,847	66,952	68,350	
	収支差	600	▲3,189	▲5,235	▲6,621	
後期高齢者医療	収入		98,517	113,219(※)		・後期高齢者医療制度は、2年間の財政運営期間を通じて財政均衡を保つこととされている。 ・数値は後期高齢者医療広域連合の特別会計に係るもの。 ・前年度と当年度の国庫支出金精算額等の差を考慮した収支差は1,408億円(平成20年度)、505億円(平成21年度)。 (※) 平成21年度は速報値。
	支出		95,510	112,502(※)		
	収支差		3,007	717(※)		

人口減少及び少子高齢化の進行

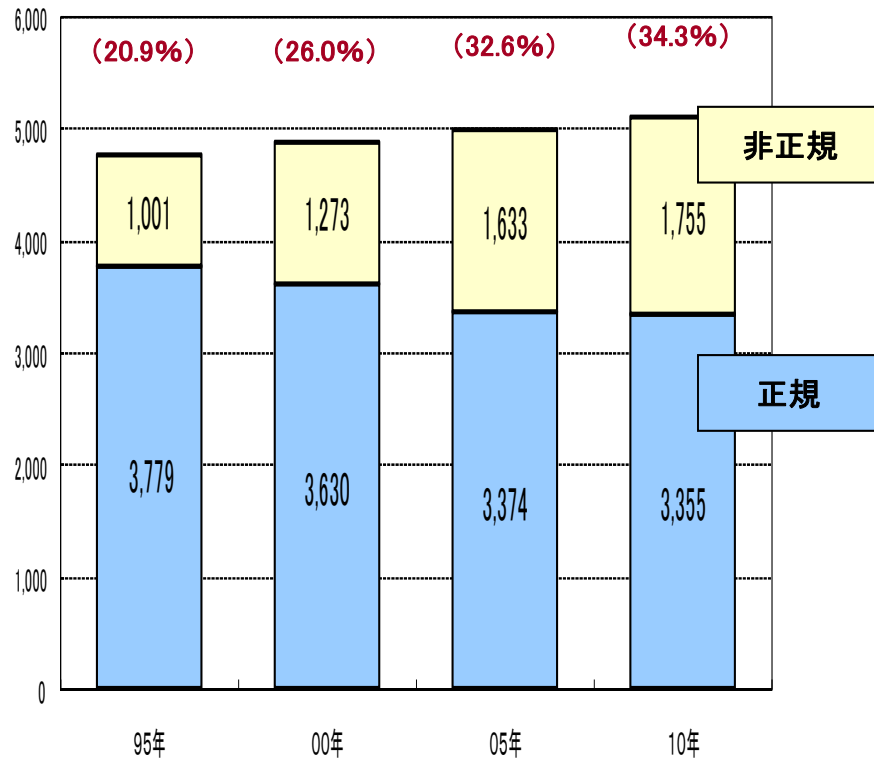
○ 我が国の人口は2004年にピークを迎え、減少局面に入っている。今後、総人口の減少よりも早いペースで15～64歳人口が減少していくこととなる見込み。



雇用環境の変化

- 非正規労働者の数は増加傾向にあり、低所得者も増加している。また、非正規労働者の一部は被用者でありながら、被用者保険に加入せず国保に加入している。
- また、民間給与総額も減少しており、その要因としては、非正規労働者の構成比が上昇したこと等が考えられる。

(万人) 正規労働者と非正規労働者の推移



(資料出所)

2000年までは総務省「労働力調査（特別調査）」（2月調査）、
2005年以降は総務省「労働力調査（詳細集計）」（年平均）による。

民間給与の推移

年	給与総額(億円)	平均給与(千円)
1997	2,115,080	4,673
2009	1,828,745	4,059
2009年と 1997年の差	▲ 286,335 (総額約30兆円(約14%)の減)	▲ 614 (平均約61万円(約13%)の減)

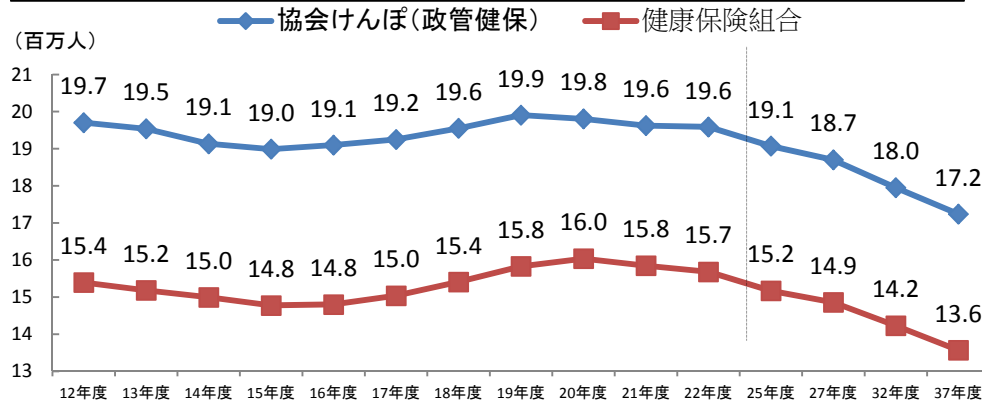
(資料出所)

国税庁「民間給与実態統計調査」

被用者保険の現状

○ 被用者保険では、被保険者数や所得が減少する一方、保険給付費や保険料は上昇している。

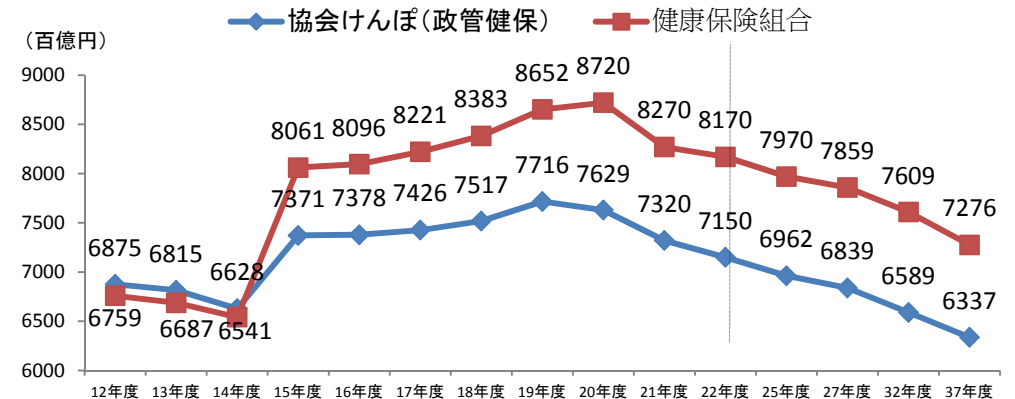
(1) 近年、被保険者数は減少しており、今後も減少の見通し。



※ 21年度は決算見込ベース。22年度は予算ベース。

※ 25年度以降の見通しは、第11回高齢者医療制度改革会議(平成22年10月25日)で公表した試算

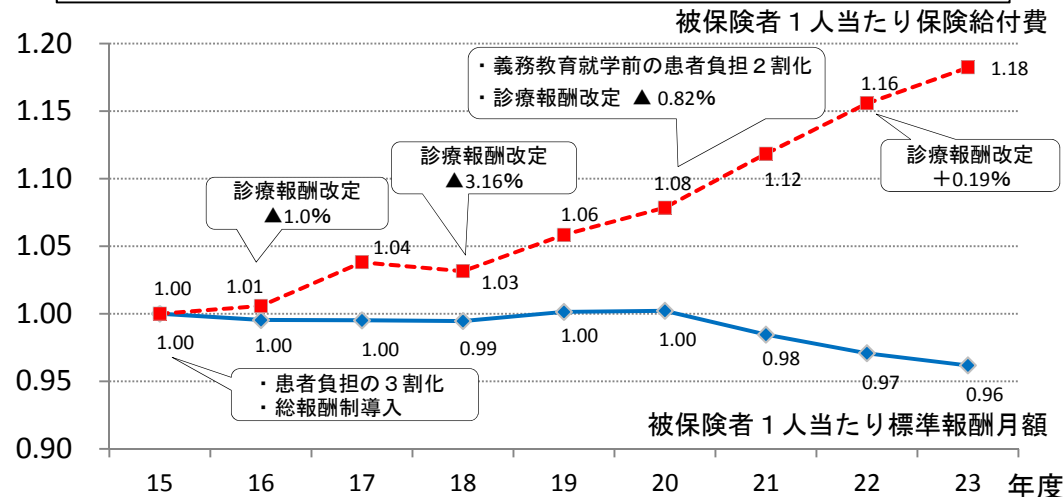
(2) 近年、標準報酬総額は減少しており、今後も減少の見通し。



※ 22年度は予算ベース。

※ 25年度以降の見通しは、第11回高齢者医療制度改革会議(平成22年10月25日)で公表した試算

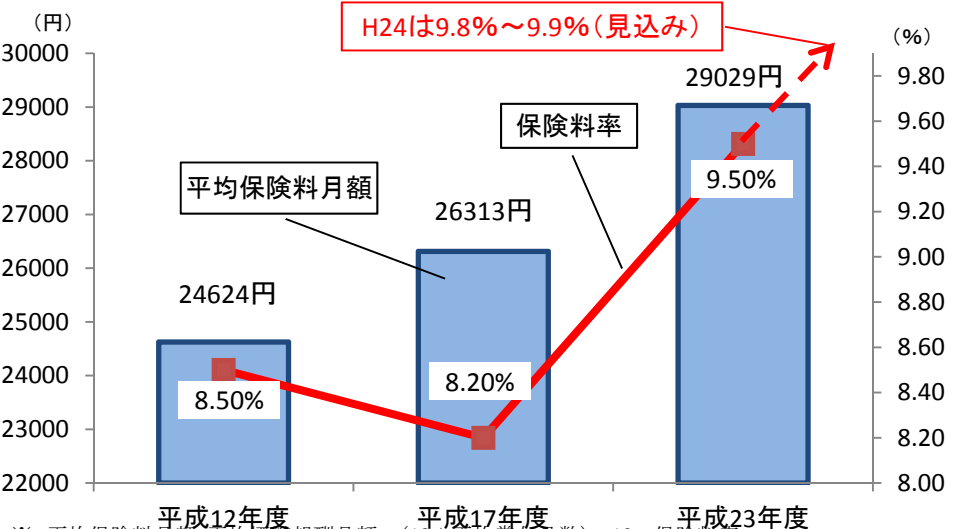
(3) 協会けんぽの被保険者1人当たり保険給付費は上昇しているが、1人当たり標準報酬月額は減少している。



※ 数値は平成15年度を1とした場合の指数で表示。

※ 平成15～21年度までは単年度収支決算、22、23年度は見込み。

(4) 協会けんぽの保険料率・平均保険料月額は上昇している。



※ 平均保険料月額: 平均標準報酬月額 × (12 + 平均賞与月数) ÷ 12 × 保険料率

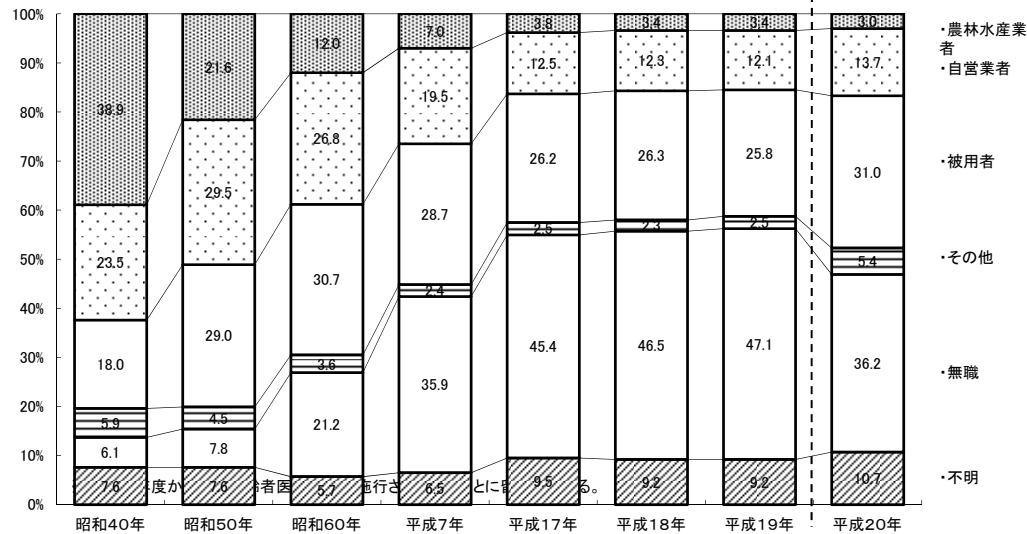
※ 平成23年度は当初予算ベースの値。

※ 保険料率8.5%→8.2%は総報酬制の導入により実質は0.7%増。

国民健康保険の現状①

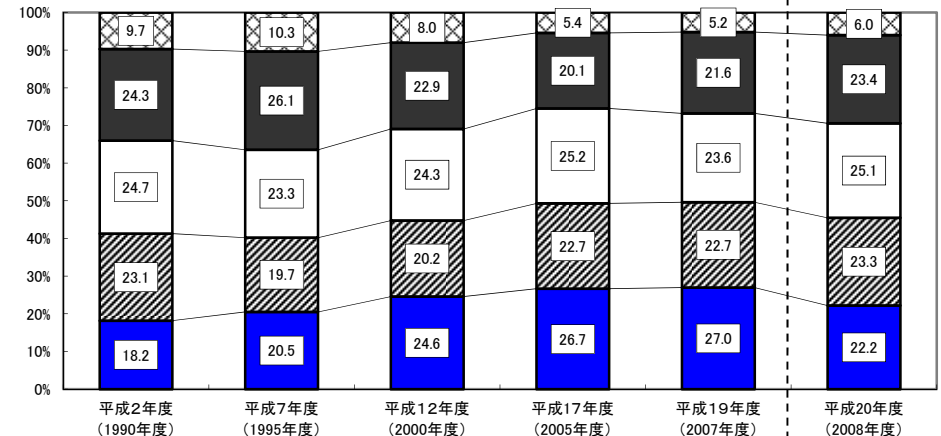
○ 国民健康保険においては、無職者や低所得者が増加し、被保険者の年齢構成も高齢化している中で、長期療養者が多数加入しているため、医療費負担が被用者保険と比べて高くなっている。

(1) 無職者と被用者の増加



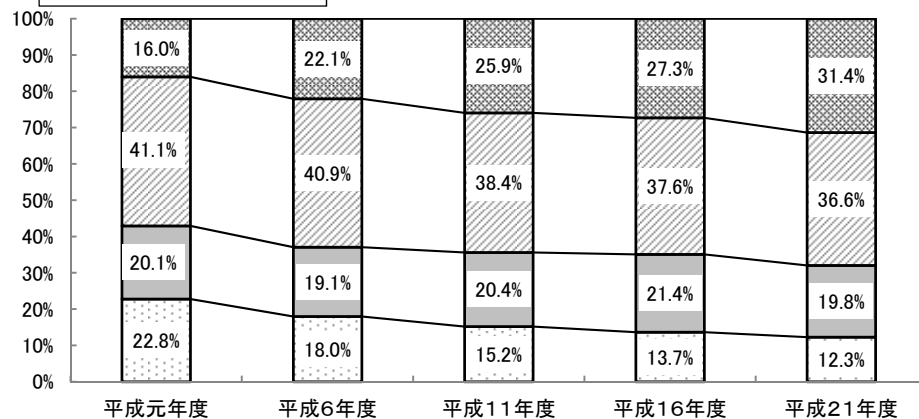
※平成20年度から後期高齢者医療制度が施行されていることに留意を要する。

(2) 低所得者の増加



■所得なし ■0円以上100万円未満 ■100万円以上200万円未満 ■200万円以上500万円未満 ■500万円以上
※平成20年度から後期高齢者医療制度が施行されていることに留意を要する。

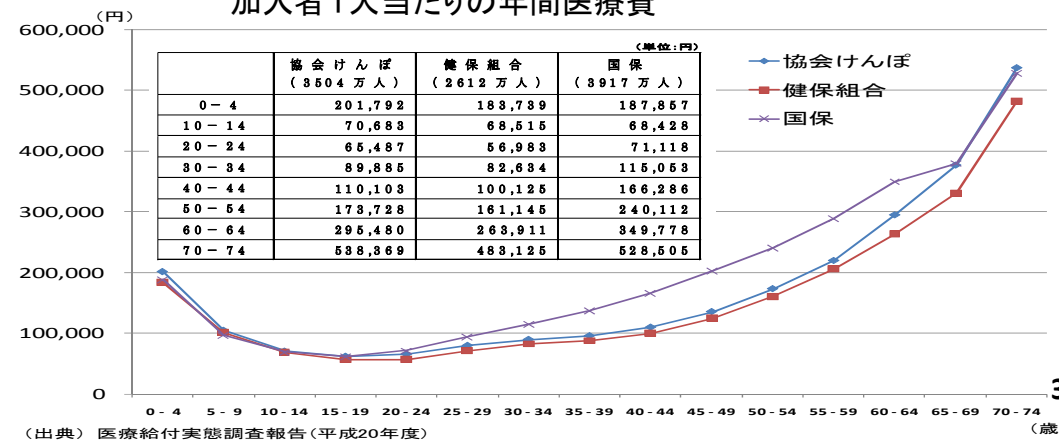
(3) 年齢構成



□0歳～19歳 □20歳～39歳 □40歳～64歳 □65歳～74歳

(4) 被用者保険に比べ高い医療費

加入者1人当たりの年間医療費

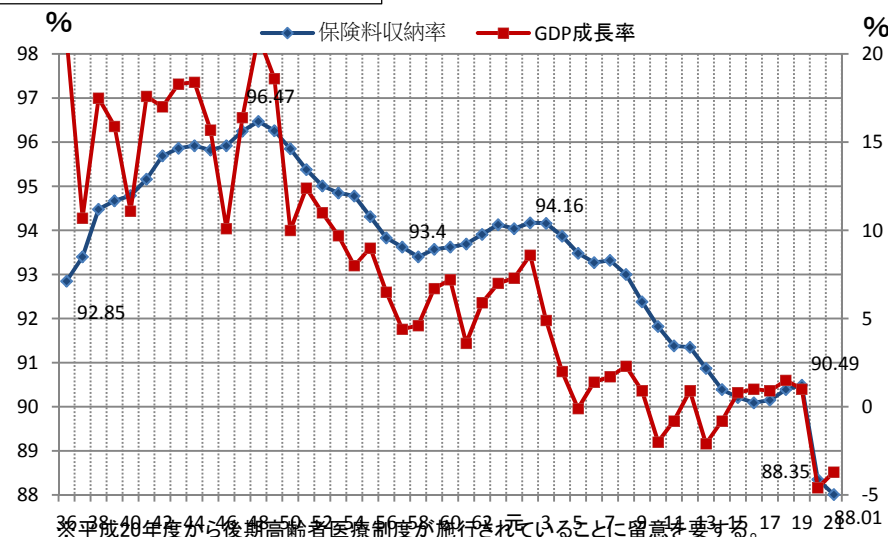


(出典) 医療給付実態調査報告(平成20年度)

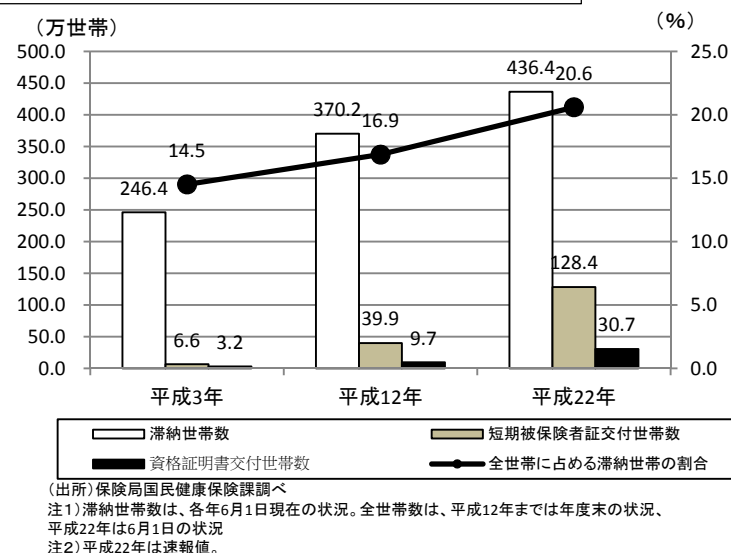
国民健康保険の現状②

○ 厳しい経済状況等を反映し、国保の保険料収納率は低下し、滞納世帯数は増加している。

(5) 収納率の低下



(6) 滞納世帯数は増加



(注) 保険料(税)軽減の例

I. 法定軽減(7・5・2割軽減等) 3,820億円(平成23年度予算ベース)

(参考) 後期高齢者医療	法定軽減(均等割7・5・2割軽減)	1,908億円(平成23年度予算ベース)
	法定軽減(被扶養者均等割5割軽減)	206億円(")
	その他(補正予算による上乗せ軽減)	746億円(平成22年度補正予算ベース)

II. 市町村の条例による減免 312億円(平成21年度実績)

III. 非自発的失業者に対する保険料(税)軽減

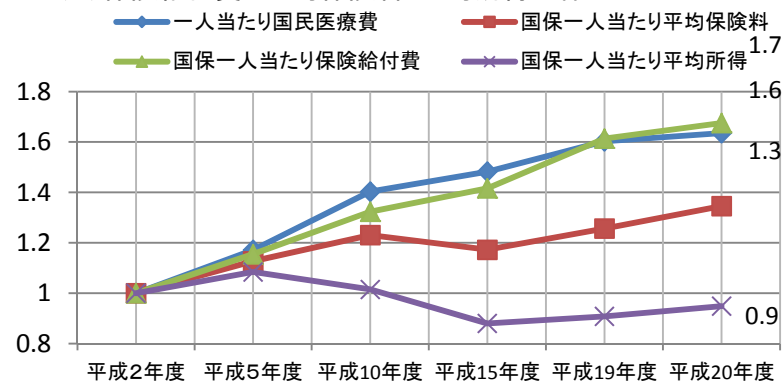
- ① 非自発的実業者に対する7・5・2割軽減等に対し、保険基盤安定制度により公費負担。
(平成22年度予算の増 国+40億円、都道府県+170億円、市町村+70億円(地方分は地方財政措置))
- ② ①の補てんでは不足する平均保険料と軽減後の保険料との差額を特別調整交付金で補てん。 ※平成22年度見込み 70億円
- ③ ①②以外の非自発的失業者(雇用保険適用外の者など)については、引き続き、市町村の条例による減免で対応することとし、減免を行った市町村には、特別調整交付金を交付。 ※平成22年度見込み 8億円

国民健康保険の現状③

○ 保険料の負担率も近年上昇しており、特に所得の低い世帯や子どもの多い世帯で負担率が高い。また、自治体によって負担率にはばらつきがある。

1. 保険給付費と平均保険料・平均所得の伸び、保険料負担率と滞納世帯割合の伸び

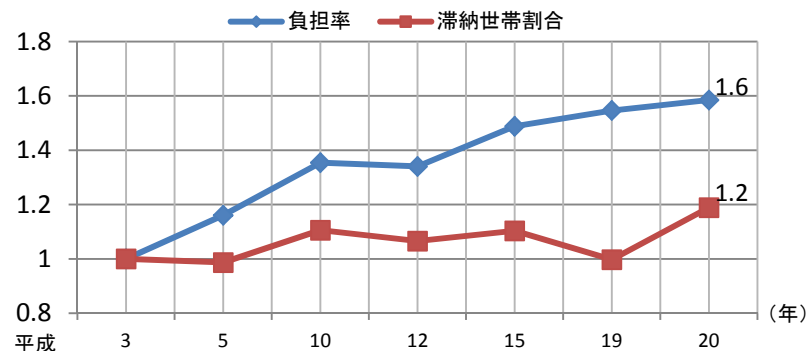
(1) 保険給付費と平均保険料・平均所得の伸び



※1 国民医療費は「国民医療費」(厚生労働省大臣官房統計情報部)、平均保険料および平均所得は「国民健康保険実態調査報告」(厚生労働省保険局)、保険給付費は「国民健康保険事業年報」(厚生労働省保険局)の数値を利用している。

※2 平成20年度から後期高齢者医療制度が施行され、75歳以上の被保険者が移行していることに留意が必要。

(2) 保険料負担率と滞納世帯割合の伸び



※1 保険料負担率(一人当たり平均保険料／一人当たり平均所得)は「国民健康保険実態調査報告」の数値を利用している。

※2 滞納世帯割合は厚生労働省保険局国民健康保険課調べ。

※3 平成20年度から後期高齢者医療制度が施行され、75歳以上の被保険者が移行していることに留意が必要。

2. 国保保険料の負担率

(1) 世帯主の所得階級別負担率

所得階級	負担率
平均	10.6%
50～60万円未満	20.4%
60～70万円未満	18.7%
...	...
150～200万円未満	13.0%
200～250万円未満	11.9%
...	...
500～600万円未満	9.3%
600～700万円未満	8.5%
...	...
1000～1100万円未満	5.5%

(2) 世帯構成別負担率

20歳以上被保険者数	20歳未満被保険者数	負担率(%)
平均		10.6
1人	0人	11.3
	1人	14.0
	2人	14.5
	3人以上	17.0
2人	0人	10.7
	1人	10.7
	2人	10.4
	3人以上	11.2

(3) 政令市の負担率

◎夫婦2人、子2人の4人世帯。世帯の収入は夫の所得300万円のみ。

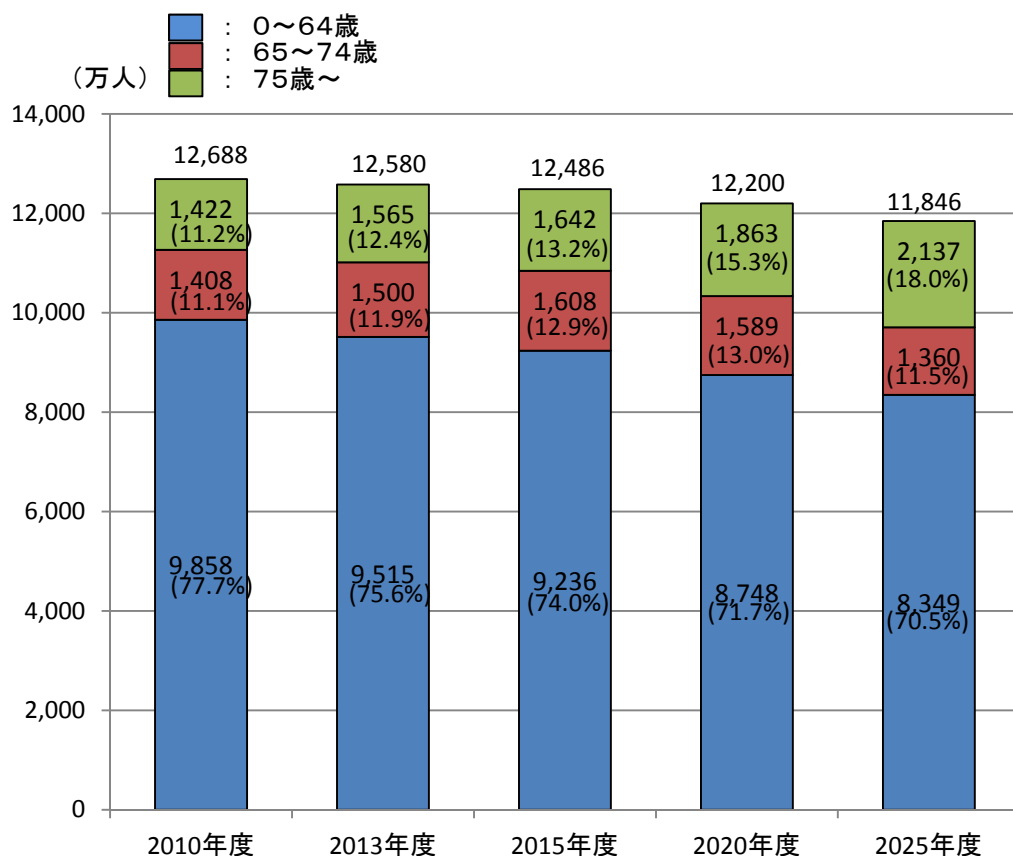
政令市	保険料額(円／年)	負担率(%)
A	456,490	15.2
B	397,000	13.2
C	428,700	14.3
D	453,700	15.1
E	430,860	14.4
F	467,900	15.6
G	301,460	10.0

高齢者医療費の支え合い

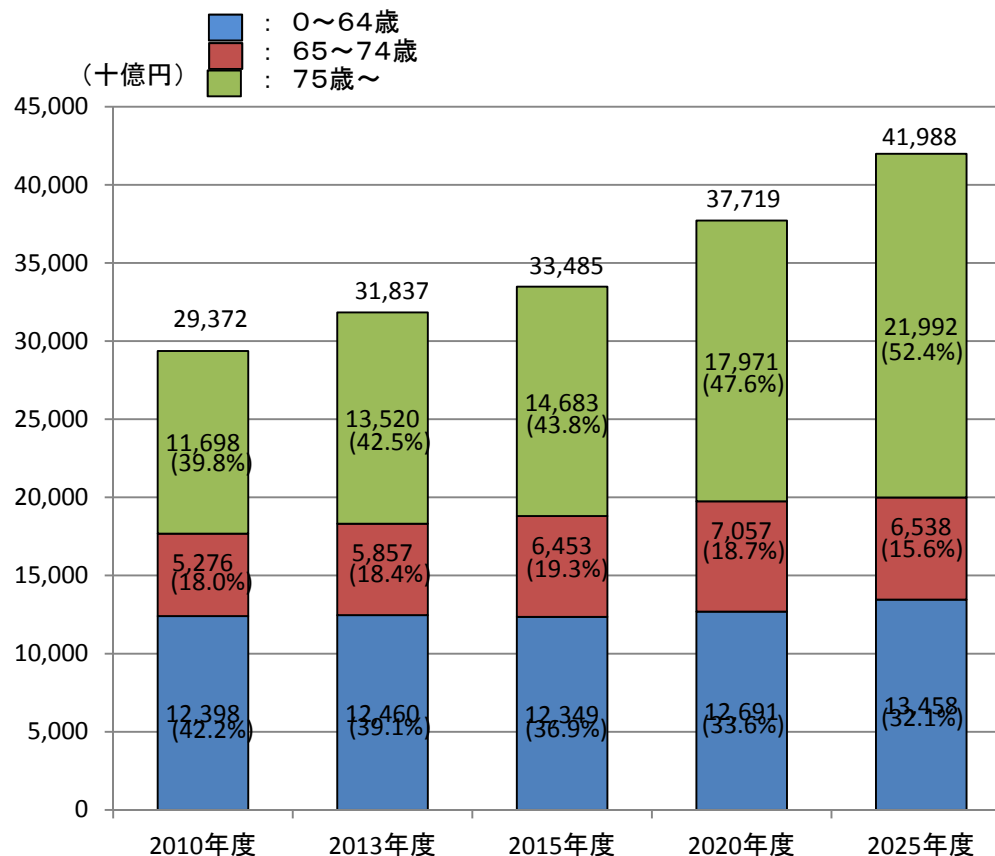
- 各保険者の加入者数(0～74歳)の減少と高齢者医療費(「75歳以上の医療費」と「65～74歳の医療費」)の増加が見込まれる中、各保険者の高齢者医療費を支えるための負担は増加。
- 特に現役世代が多く加入する被用者保険にとっては、高齢者医療費を支える負担が、既に支出全体の4割を占めているが、将来的には5割を超える見通しである。(次ページ参照)

※ 現役世代の高齢者医療費を支える負担は、①高齢者の1人当たり医療費の増加、②高齢者の増加、③現役世代人口の減少、と3つの要因により大幅に増加。

医療保険加入者数の将来見通し



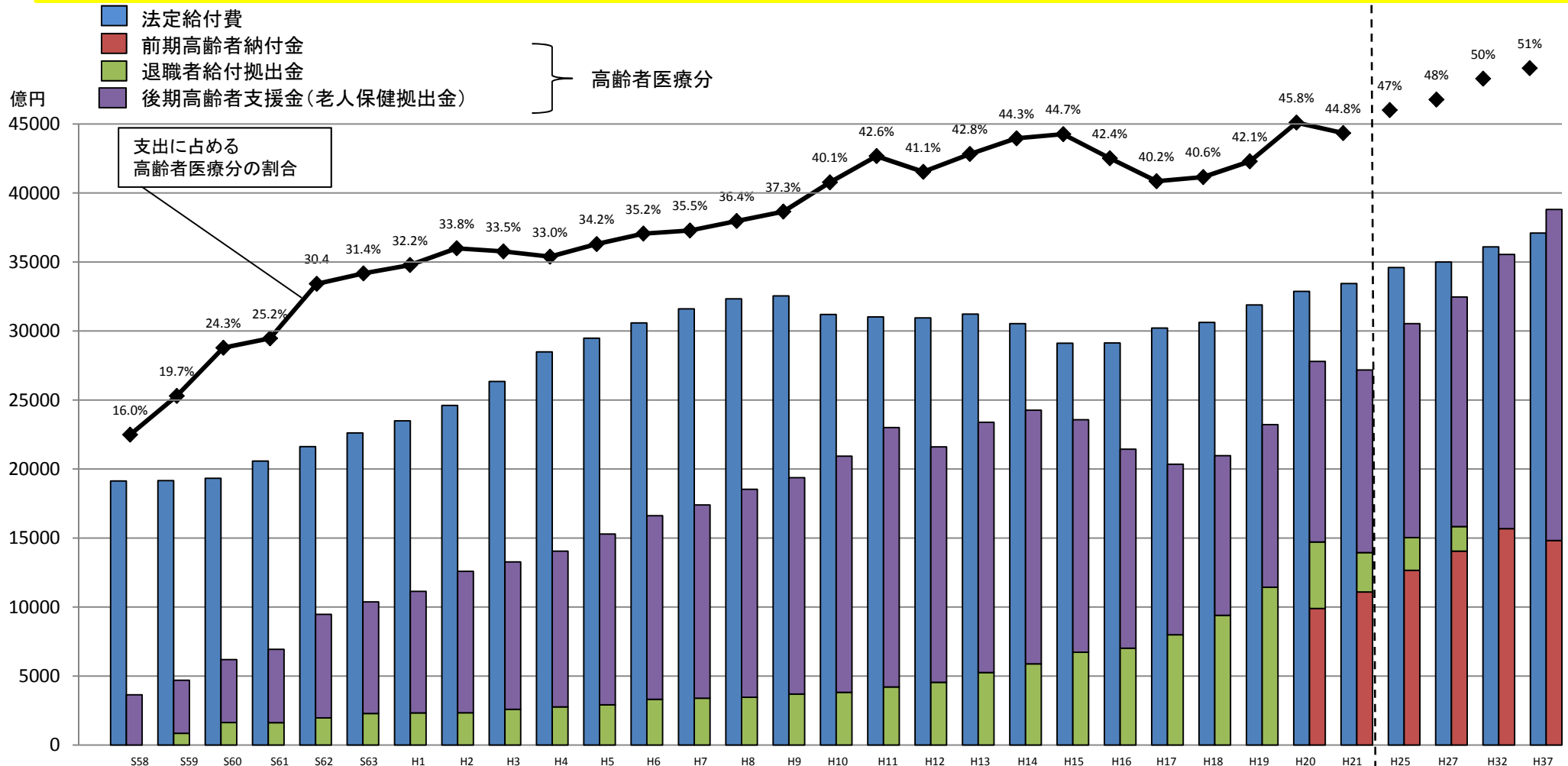
医療給付費(医療保険分)の将来見通し



※2013年度以降の見通しは、第11回高齢者医療制度改革会議(平成22年10月25日)で公表した試算の現行ベース(診療報酬改定を折り込んでいない)。

支援金等の推移(健保組合)

○ 健保組合が高齢者医療のために拠出している費用は、長期にわたって上昇し続けており、現在、支出の50%近くにまで達しており、今後、その支出の過半が高齢者医療に拠出されることとなる見込み。



※支出は、法定給付費、前期高齢者納付金(平成19年度以前は退職者給付拠出金)及び後期高齢者支援金(平成19年度以前は老人保健拠出金)の合計額である。なお、平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※過去の数値は決算値(平成21年度は決算見込値)である。

※平成25年度以降の見通しは、第11回高齢者医療制度改革会議(平成22年10月25日)で公表した試算の現行ベース(診療報酬改定を折り込んでいない)。

出典：昭和58年度から平成20年度までは「組合決算概況報告(健康保険組合連合会)」、平成21年度は「平成21年度健保組合決算見込(健康保険組合連合会)」

2. 介護をとりまく現状

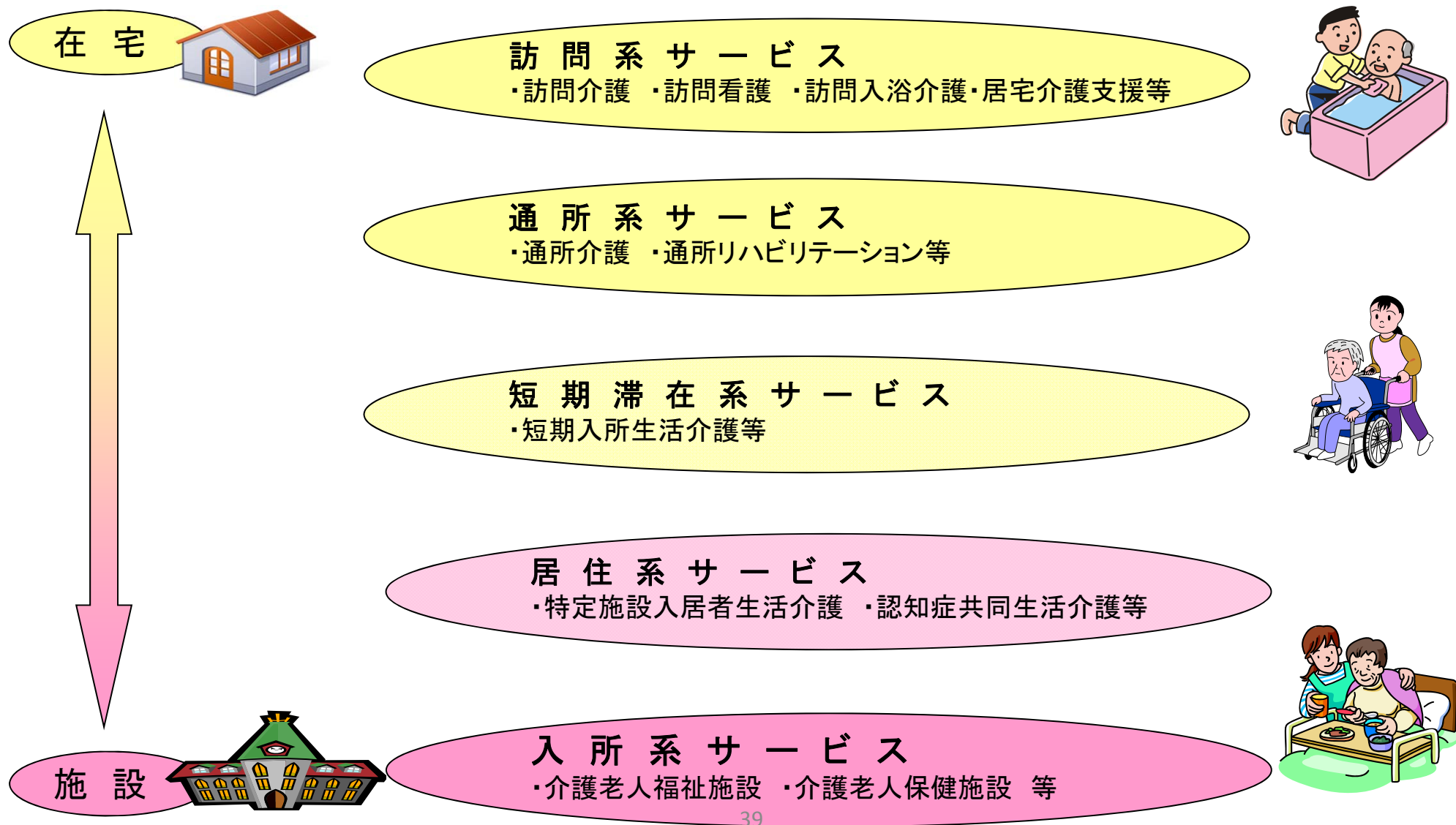
①介護サービスの提供体制の現状

②介護保険制度の現状

①介護サービスの提供体制の現状

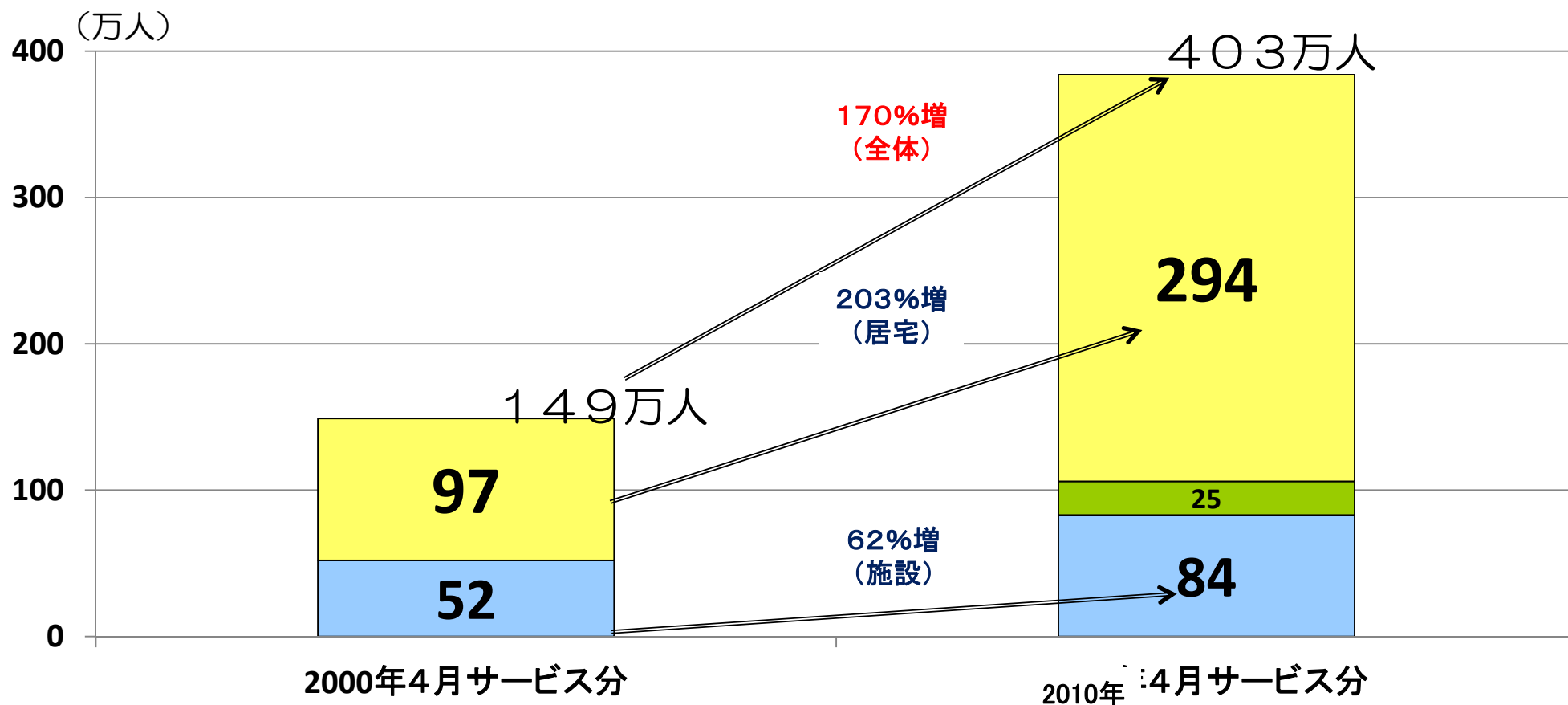
介護保険サービスの体系

○ 介護保険のサービスは、訪問介護や通所介護のように在宅で提供されるものから、特定施設、介護老人福祉施設などの施設に居住・入所した上で提供されるものなどの種類がある。



サービス受給者数の推移

○ 介護サービスの受給者数を見ると、最近の10年で約254万人(170%)と大幅に増加しており、その内訳は、特に居宅サービスの伸びが大きくなっている。(10年で203%増)



■ 居宅サービス (2009年4月サービス分は、介護予防サービスを含む)
 ■ 地域密着型サービス (地域密着型介護予防サービスを含む)
 ■ 施設サービス

出典：介護保険事業状況報告

※介護予防サービス、地域密着型サービス及び地域密着型介護予防サービスは、2005年の介護保険制度改正に伴って創設された。

※各サービス受給者の合計とサービス受給者数は端数調整のため一致しない。

介護職員の処遇について

○ 介護職員は、近年、求人は改善傾向にあるものの、他職種と比して平均賃金は低く、比較的離職率も高い。

○ 有効求人倍率は改善の傾向

： 介護関係職種 1. 14 (平成22年6月時点) ← 介護関係職種 2. 53 (平成20年12月時点)

【参考：地域別有効求人倍率(平成22年6月時点)】

<高い地域上位5位> ①奈良：2.03 ②東京：1.83 ③岐阜：1.55 ④千葉：1.47 ⑤和歌山：1.44

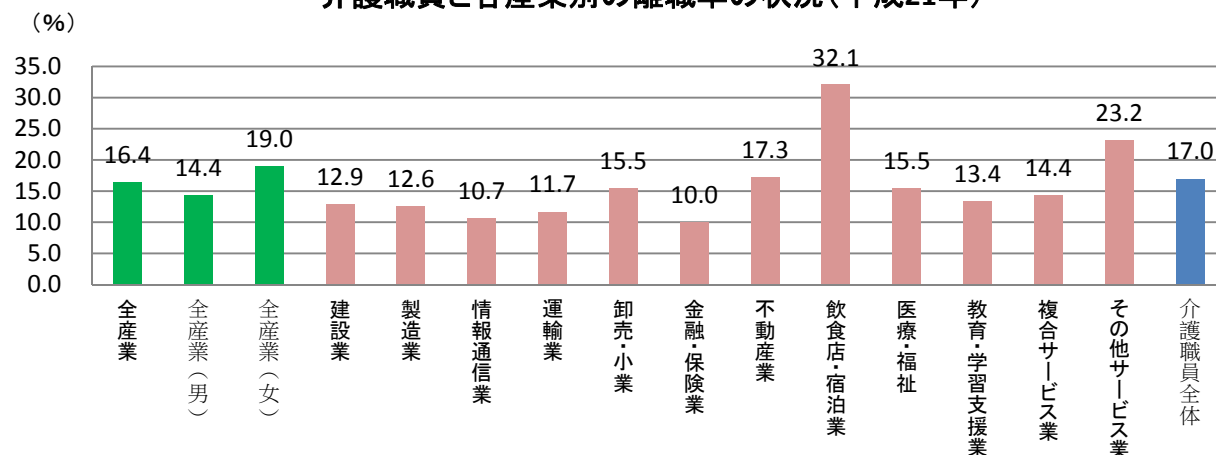
<低い地域上位5位> ①沖縄：0.50 ②鳥取：0.56 ③秋田：0.59 ④宮城：0.60 ⑤岩手：0.64

○ 一般労働者の勤続年数及び平均賃金(平成22年賃金構造基本統計調査)

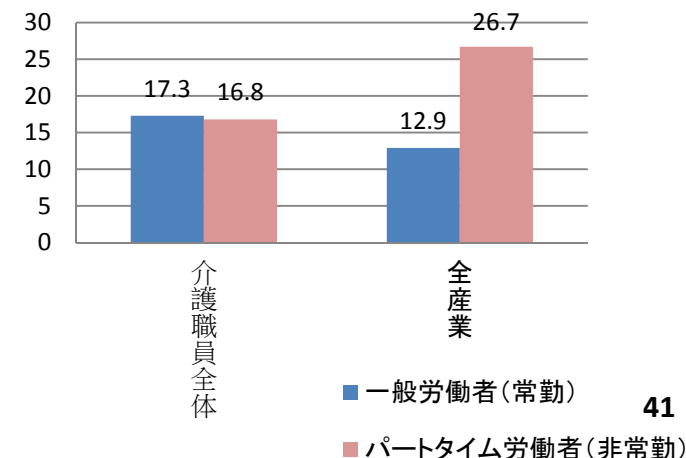
	男女計			男性				女性			
	平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給 する現金給与 額	構成比 (%)	平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給 する現金給与 額	構成比 (%)	平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給 する現金給与 額
産業計	41.3	11.9	323.0	68.2	42.1	13.3	360.0	31.8	39.6	8.9	243.6
ホームヘルパー	44.1	5.6	210.9	17.8	37.0	3.4	221.4	82.2	45.7	6.1	208.6
福祉施設介護員	37.7	5.4	214.5	32.1	34.6	5.6	232.2	67.9	39.2	5.3	206.2

○ 介護職員の離職率(平成21年介護労働実態調査、平成21年雇用動向調査)

介護職員と各産業別の離職率の状況(平成21年)



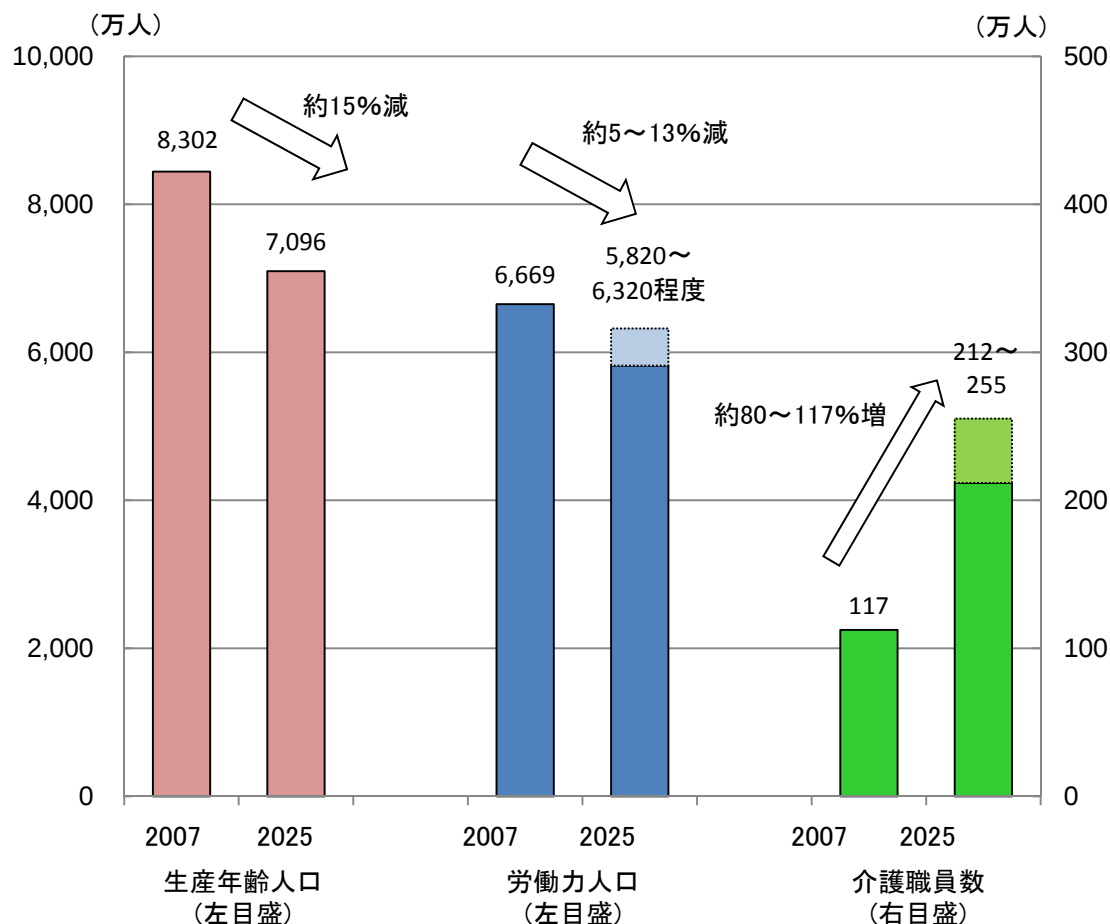
介護職員全体の勤務形態と離職率の状況(平成21年)



介護の担い手と介護職員の見通し

- 2007年から2025年にかけて、生産年齢(15～64歳)人口は約15%減少し、労働力人口も約5～13%程度減少すると見込まれる。一方、必要となる介護職員数は倍増すると推計される。
- この結果、現行のサービス水準を維持・改善しようとする場合、労働力人口に占める介護職員数の割合は、2007年から2025年にかけて、倍以上になる必要があると見込まれる。

生産年齢人口、労働力人口、介護職員数の見通し(試算)



労働力人口に占める介護職員数の割合

	2007年	2025年
介護職員数	117.2万人	212～255万人
労働力人口	6,669万人	5,820～6,320万人
割合	1.8%	3.4～4.4%

(資料出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18(2006)年12月推計)」、雇用政策研究会「労働力人口の見通し(平成19年12月)」、社会保障国民会議「医療・介護費用のシミュレーション」、総務省「労働力調査」、「人口推計」、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

注) 2025年の生産年齢人口は出生中位(死亡中位)推計の値。労働力人口は2017年から2030年の「労働市場への参加が進んだケース」と「進まないケース」が平均的に減少すると仮定して試算したもの。2025年の介護職員数は社会保障国民会議のAシナリオ、B2及びB3シナリオの値。

高齢者の世帯形態の将来推計

○ 65歳以上の高齢者の単独世帯や夫婦のみ世帯は今後増加していく見込みであり、2025年には、それぞれ高齢世帯の概ね3分の1が単独世帯か夫婦のみ世帯となる見込み。

(万世帯)

			2005年	2010年	2015年	2020年	2025年
一般世帯			4,904 万世帯	5,014	5,048	5,027	4,964
	世帯主が65歳以上		1,338 万世帯	1,541	1,762	1,847	1,843
		単独 (比率)	386万世帯 28.9%	471 30.6%	566 32.2%	635 34.4%	680 36.9%
		夫婦のみ (比率)	470万世帯 35.1%	542 35.2%	614 34.8%	631 34.2%	609 33.1%

(注) 比率は、世帯主が65歳以上の世帯に占める割合

出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計－平成15年10月推計－」

認知症高齢者の増加

○ 認知症高齢者の数は2002年から2045年の間に概ね150%程度に急増する見込み。

日常生活自立度Ⅱ以上：149万人→378万人（+154%） 自立度Ⅲ以上：79万人→208万人（+163%）

(2002.9末現在)		要介護者 要支援者	認定申請時の所在（再掲）単位：万人				
			居宅	特別養護老 人ホーム	老人保健 施設	介護療養型 医療施設	その他の 施設
総数		314	210	32	25	12	34
再 掲	日常生活自立度 Ⅱ以上	149	73	27	20	10	19
	日常生活自立度 Ⅲ以上	79 (25)	28 (15)	20 (4)	13 (4)	8 (1)	11 (2)

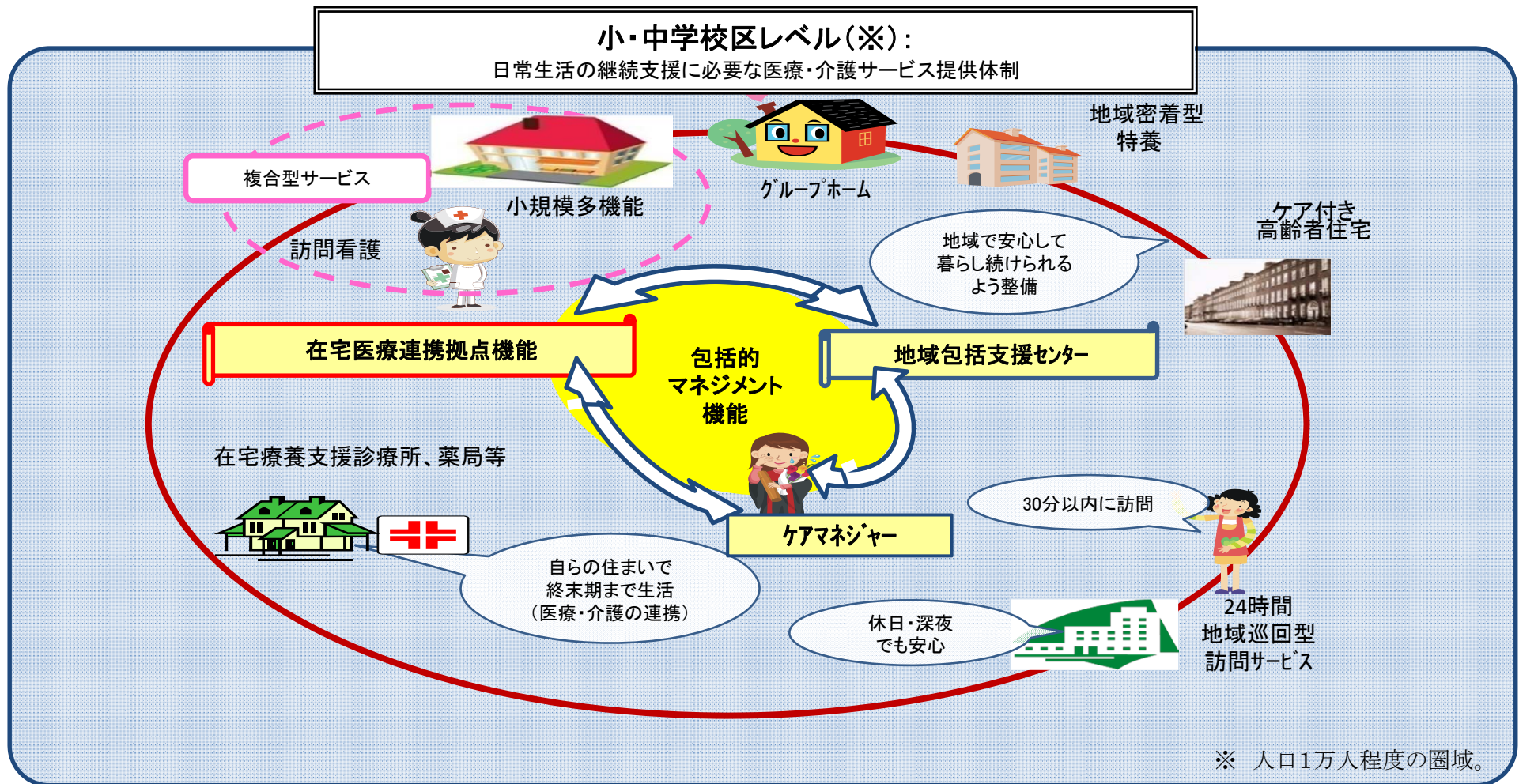
将来推計	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
日常生活 自立度 Ⅱ以上	149	169	208	250	289	323	353	376	385	378
	6.3	6.7	7.2	7.6	8.4	9.3	10.2	10.7	10.6	10.4
日常生活 自立度 Ⅲ以上	79	90	111	135	157	176	192	205	212	208
	3.4	3.6	3.9	4.1	4.5	5.1	5.5	5.8	5.8	5.7

※1 下段は、65歳以上人口比（%）

※2 要介護認定に用いられる「認知症高齢者の日常生活自立度」においてランクⅡ以上と判断される高齢者数を推計したものであり、必ずしも医学的な認知症の確定診断を経たものではない。

地域包括ケアシステム

- 機能分化や重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワークを構築し、住み慣れた地域(日常生活圏)で必要な医療・介護サービスを継続的・一体的に受けることのできる体制(地域包括ケアシステム)づくりを行う

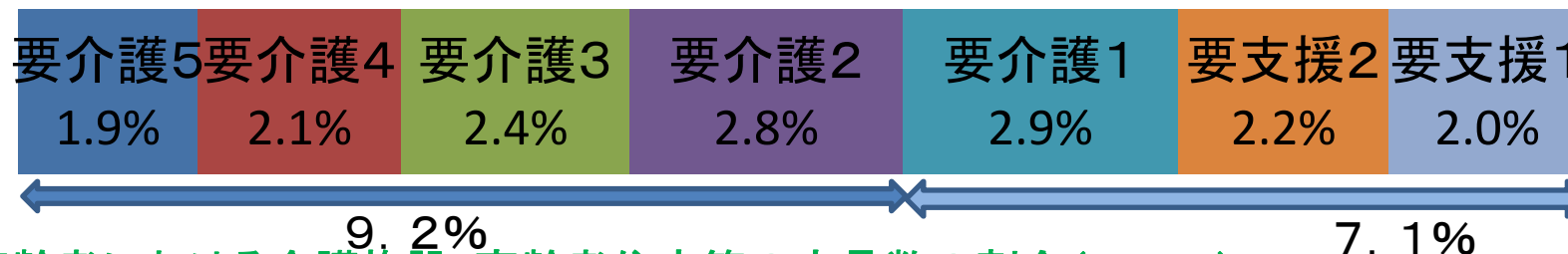


各国の介護施設・高齢者住宅の状況

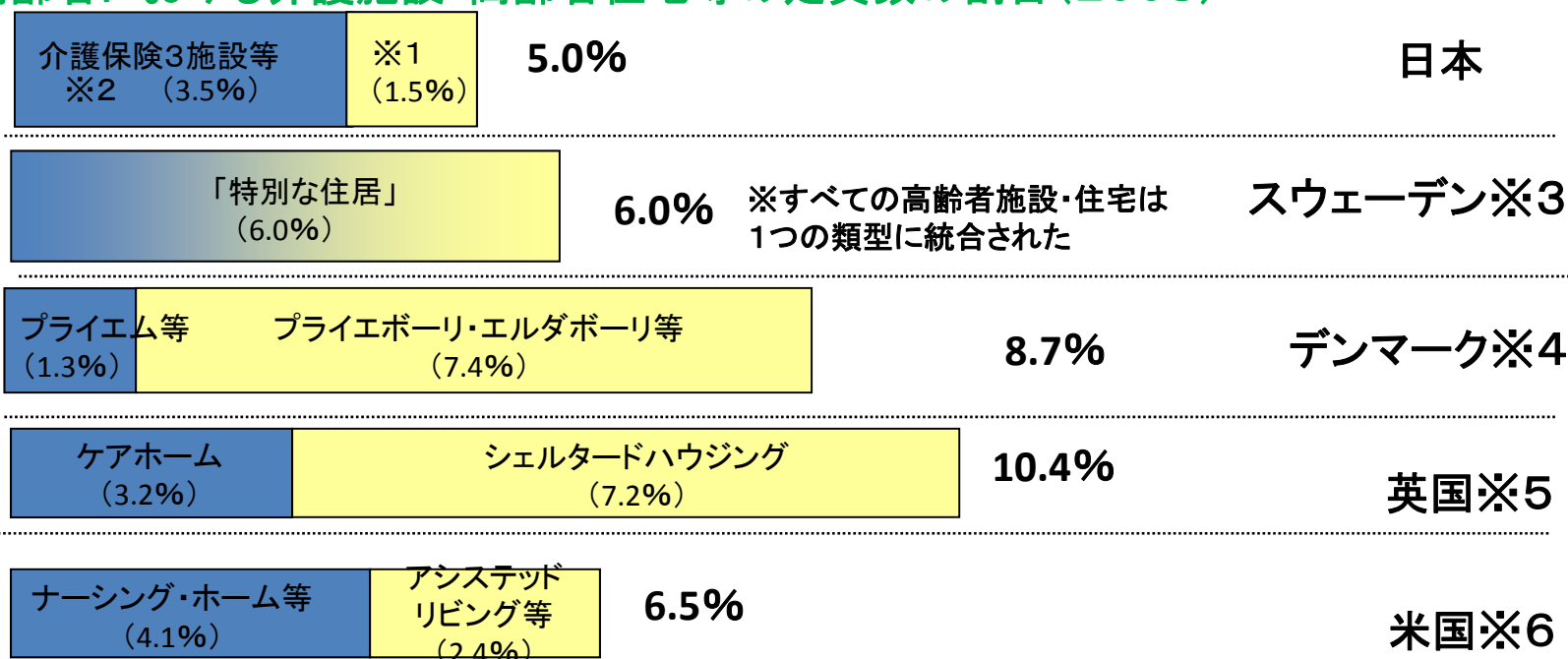
○日本は、各国と比較して、全高齢者における高齢者住宅の整備割合が低い。

○要介護度別認定者割合

出典：平成22年4月 介護保険事業報告



○全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合(2008)



※1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅及び高齢者専用賃貸住宅(ともに国土交通省調べ)、有料老人ホーム、養護老人ホーム及び軽費老人ホーム(平成20年社会福祉施設等調査)

※2 介護保険3施設及びグループホーム(平成20年介護サービス・事業所調査)

※3 Statiska Centralbyrån, "Statistisk Årsbok för Sverige 2010"

※4 Danmarks Statistik, "StatBank Denmark"

※5 Laing and Buisson, "Care of Elderly People UK Market Survey 2009" 及びAge Concern, "Older people in the United Kingdom February 2010"から推計

※6 Administration on Aging U.S. Department of Health and Human Services, "A Profile of Older Americans: 2009"

医療や住まいとの連携も視野に入れた介護保険事業(支援)計画の策定

○ 地域包括ケアの実現を目指すため、第5期計画(平成24～26年度)では、①日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域の課題・ニーズを的確に把握し、②計画の内容として、認知症支援策、在宅医療、住まいの整備、生活支援を位置付ける取組を推進する。

日常生活圏域ニーズ調査

(郵送＋未回収者への訪問による調査)

- ・ どの圏域に
- ・ どのようなニーズをもった高齢者が
- ・ どの程度生活しているのか

地域の課題や
必要となるサービス
を把握・分析

調査項目(例)

- 身体機能・日常生活機能
(ADL・IADL)
- 住まいの状況
- 認知症状
- 疾病状況

介護保険事業(支援)計画

これまでの主な記載事項

- 日常生活圏域の設定
- 介護サービスの種類ごとの見込み
- 施設の必要利用定員
- 地域支援事業(市町村)
- 介護人材の確保策(都道府県)など

地域の実情を踏まえて記載する新たな内容

- 認知症支援策の充実
- 在宅医療の推進
- 高齢者に相応しい住まいの計画的な整備
- 見守りや配食などの多様な生活支援サービス

(参考) 社会保障国民会議最終報告 医療・介護費用のシュミレーション結果より抜粋

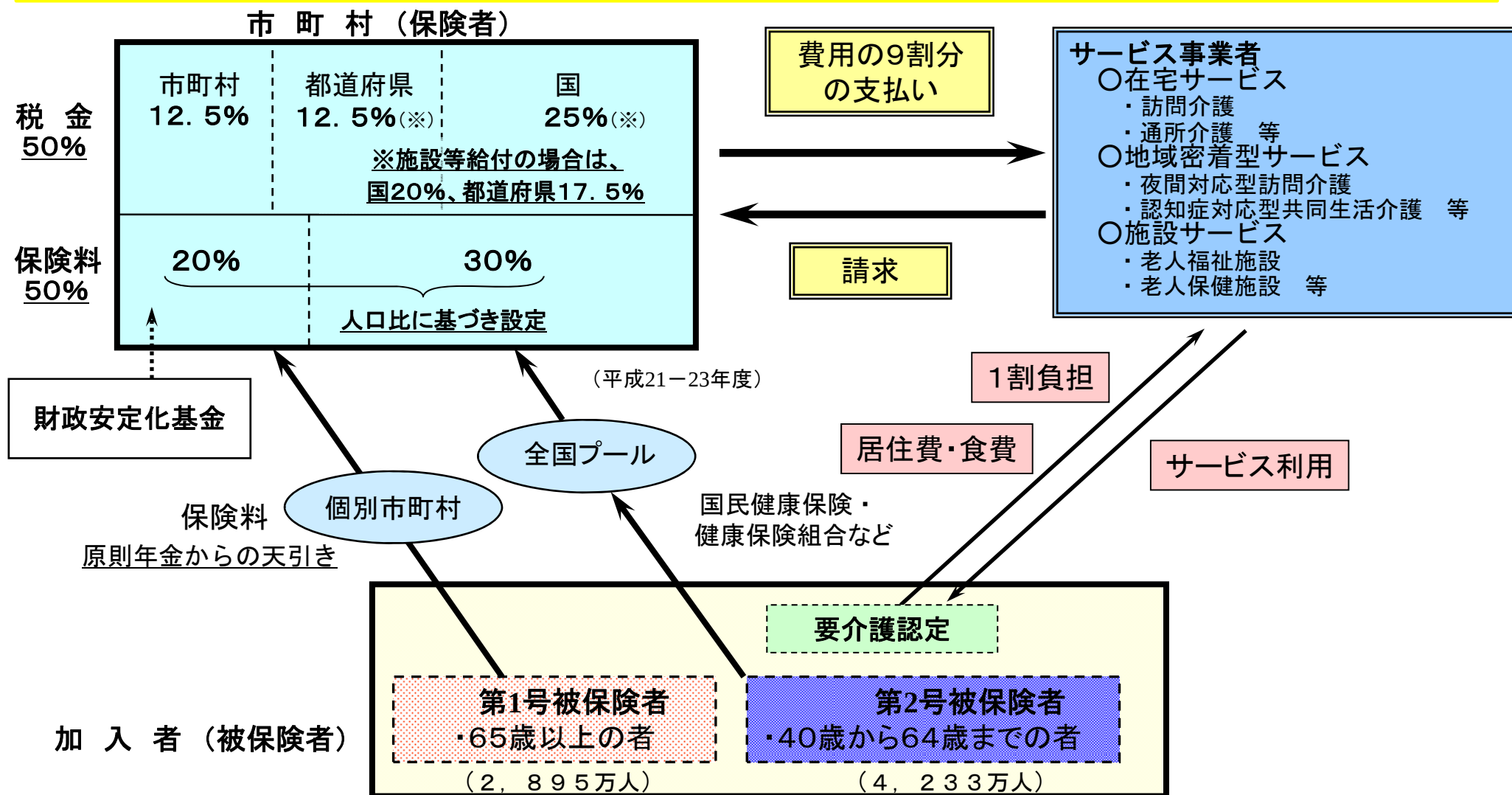
(1) 医療・介護サービスの需要と供給(一日当たり利用者数等)のシュミレーション

	現状(2007年)	2025年			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
急性期	80万人/日	104万人/日 (73万人/日 31万人/日)	56万人/日	47万人/日	高度18万人/日 一般34万人/日
亜急性期・回復期等			47万人/日	40万人/日	36万人/日
(急性期小計)	(80万人/日)	(104万人/日)	(103万人/日)	(87万人/日)	(88万人/日)
長期療養(医療療養)	22万人/日	36万人/日	21万人/日	23万人/日	23万人/日
介護施設 特養 老健	84万人/日 42万人/日 42万人/日 (老健+介護療養)	169万人/日 85万人/日 83万人/日	146万人/日 76万人/日 70万人/日	149万人/日 78万人/日 72万人/日	149万人/日 78万人/日 72万人/日
(入院・介護施設小計)	(186万人/日)	(309万人/日)	(271万人/日)	(259万人/日)	(260万人/日)
居住系 特定施設 グループホーム	25万人/日 11万人/日 13万人/日	47万人/日 22万人/日 25万人/日	68万人/日 33万人/日 35万人/日	68万人/日 33万人/日 35万人/日	68万人/日 33万人/日 35万人/日
在宅介護 うち小規模多機能	243万人/日 1~2万人/日程度	408万人/日 数万人/日程度	424万人/日 60万人/日	429万人/日 60万人/日	429万人/日 60万人/日
(居住系・在宅介護小計 うちGH・小規模多機能)	(268万人/日) (14~15万人/日程度)	(454万人/日) (25+数万人/日程度)	(492万人/日) (95万人/日)	(497万人/日) (95万人/日)	(497万人/日) (95万人/日)
外来・在宅医療	582万人/日	634万人/日	631万人/日	644万人/日	643万人/日
利用者総数(重複あり)	(1036万人/日)	(1397万人/日)	(1394万人/日)	(1400万人/日)	(1400万人/日)
(参考)総人口	1億2,777万人	1億1,927万人			

②介護保険制度の現状

介護保険制度の仕組み

- 介護保険のサービスの利用者は、その費用の9割まで介護保険制度から支払いを受けることができ、介護保険制度の費用は、被保険者の支払う保険料と国・地方の負担する公費によって5割ずつ賄われている。



（注）第1号被保険者の数は、「介護保険事業状況報告（暫定）（平成22年4月末現在）」による。

第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成21年度内の月平均値である。

介護保険制度の実施状況

○ 高齢化に伴い、介護保険の65歳以上の被保険者数や要介護認定者数は、近年急増している。

① 65歳以上被保険者数の推移

・65歳以上の被保険者数は、10年で約730万人（34%）増加。

	2000年4月末	2003年4月末	2010年4月末
被保険者数	2,165万人	2,398万人	2,895万人

② 要介護（要支援）認定者数の推移

・要介護認定を受けている者は、10年で約269万人（123%）増加。

	2000年4月末	2003年4月末	2010年4月末
認定者数	218万人	348万人	487万人

③ 要介護（要支援）認定の申請件数

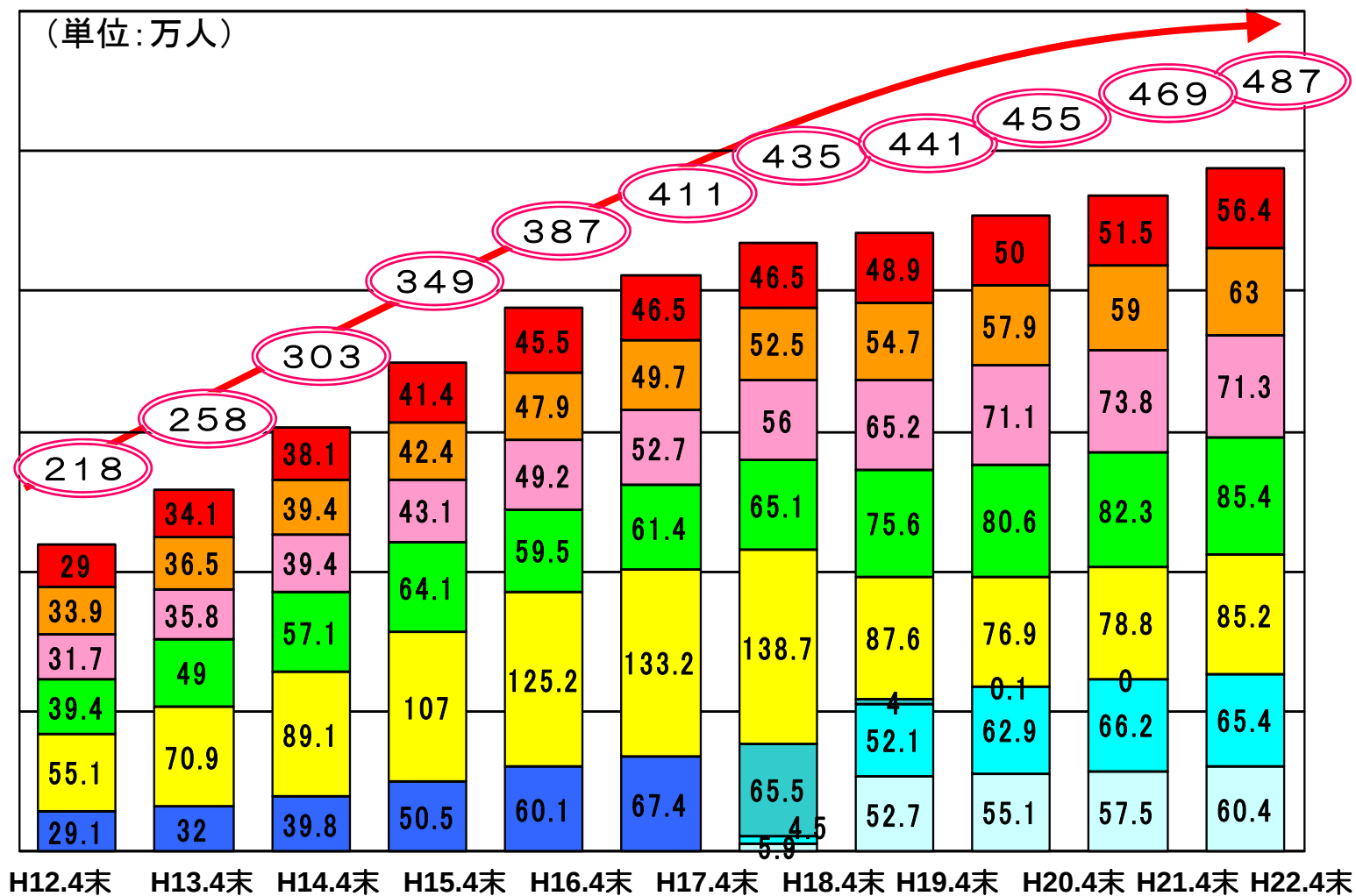
・要介護認定の申請件数は、9年で約231万件（86%）増加。

〔注：2004年から要介護更新認定の有効期間を最大2年としたため、2008年の一年間の申請件数は2003年より少なくなっている。〕

	2000年度	2003年度	2008年度
申請件数	269万件	547万件	500万件

要介護認定者数の推移

○ 要介護1及び要支援の認定数の伸びが大きくなっている。



計		1 2 3%
要介護	5	94%
	4	86%
	3	1 2 5%
	2	1 1 7%
	1	
経過的要介護		1 5 1%
要支援	2	
	1	

H12.4とH22.4の比較

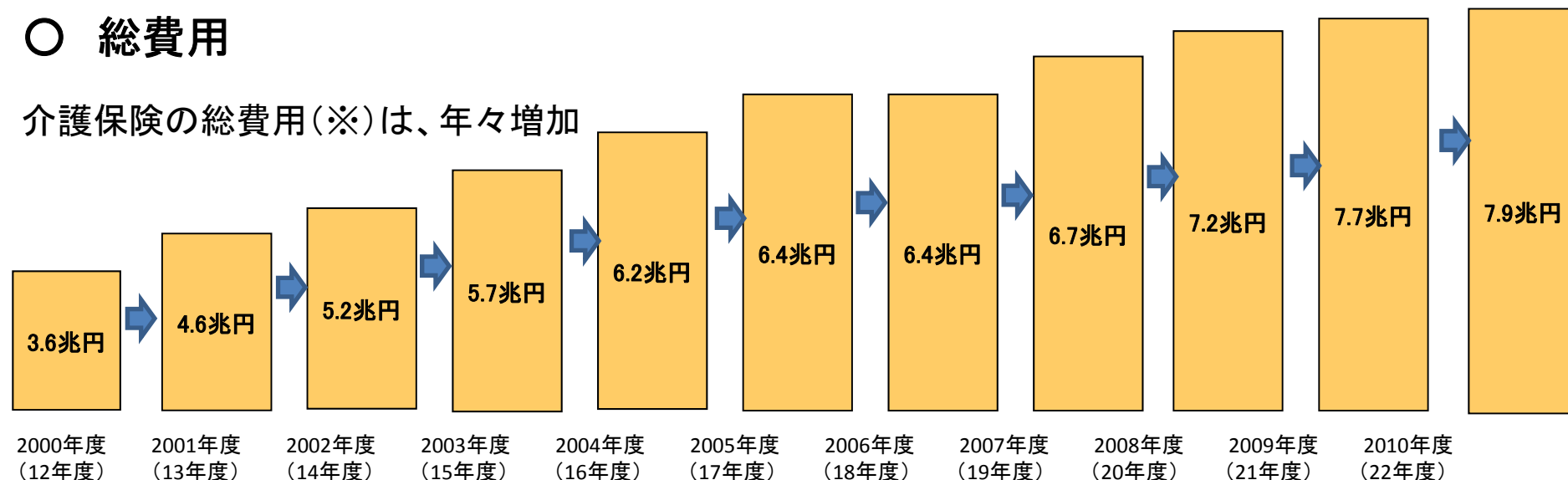
■ 要支援 (■ 要支援1 ■ 要支援2 ■ 経過的要介護) ■ 要介護1 ■ 要介護2
■ 要介護3 ■ 要介護4 ■ 要介護5

介護費用・保険料の動向

○ 介護に要する費用も、年々増加しており、10年間で2倍以上の上昇となっている。また、保険料についても、当初の月額3,000円弱から、4,000円を超える状況となっている。

○ 総費用

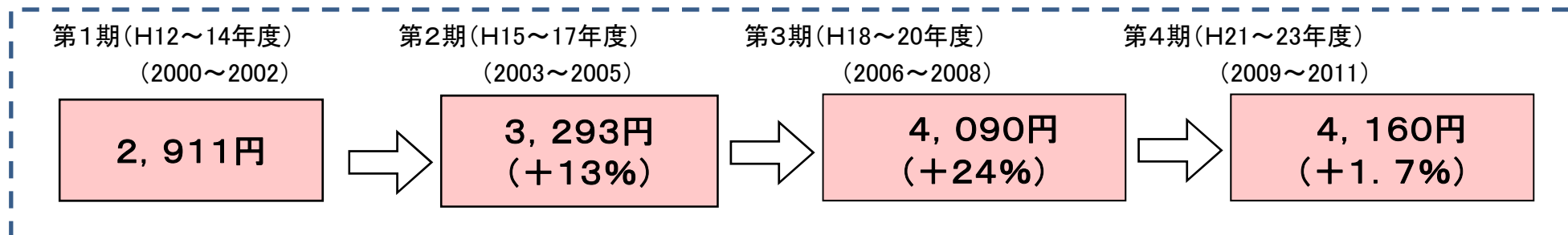
介護保険の総費用(※)は、年々増加



(注) 2000～2007年度は実績、2008年度は補正予算、2009年度(介護報酬改定+3.0%)、2010年度は当初予算。

※介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない(地方交付税により措置されている)。

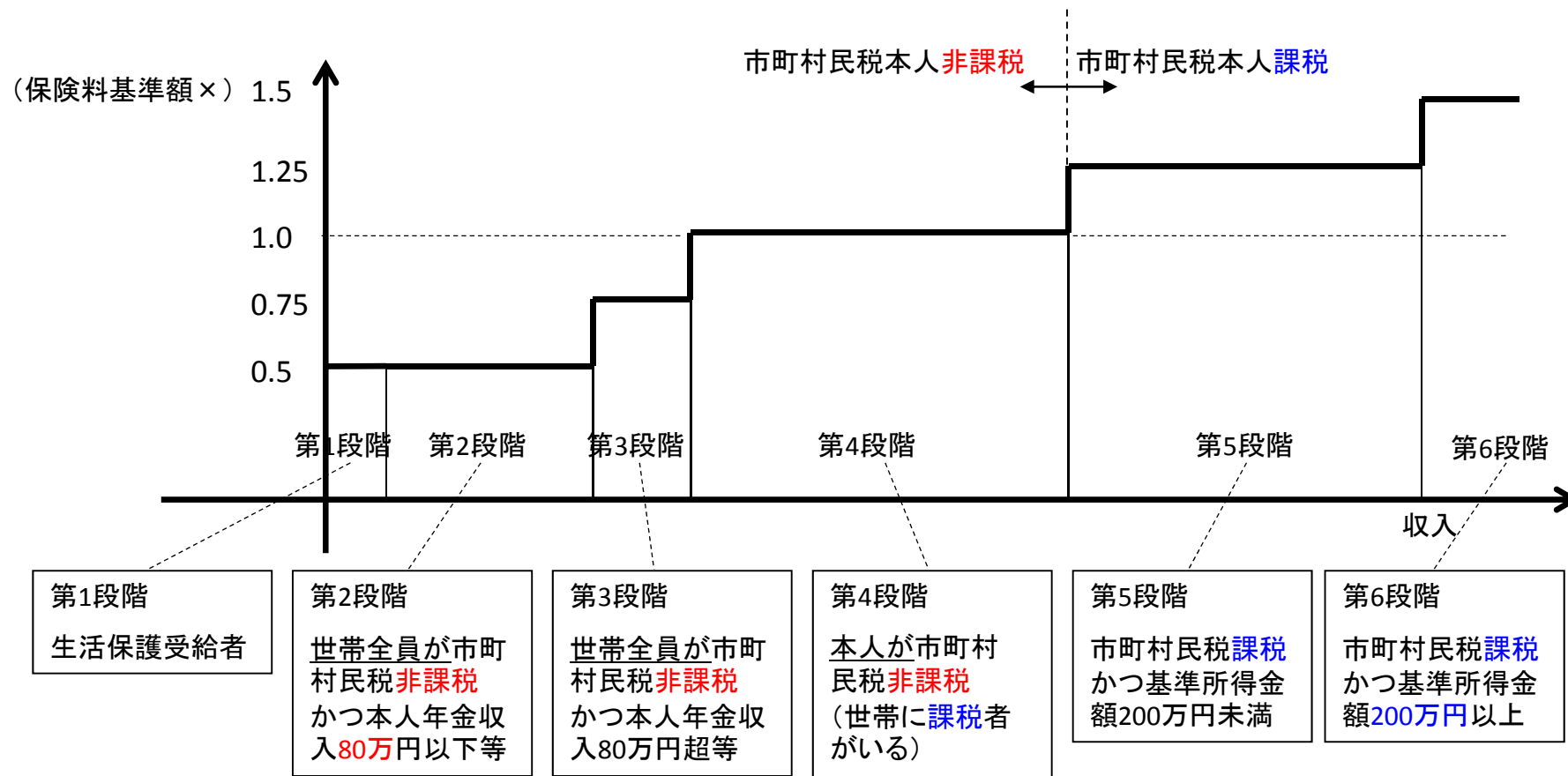
○ 65歳以上が支払う保険料〔全国平均(月額・加重平均)〕



第一号被保険者の介護保険料について

- 第一号被保険者の介護保険料は、低所得者等に配慮し負担能力に応じた負担を求める観点から、市町村民税の課税状況等に応じて段階別に設定されている。(標準は6段階)

※ H21～23年度の保険料の全国平均額は、4160円となっている。



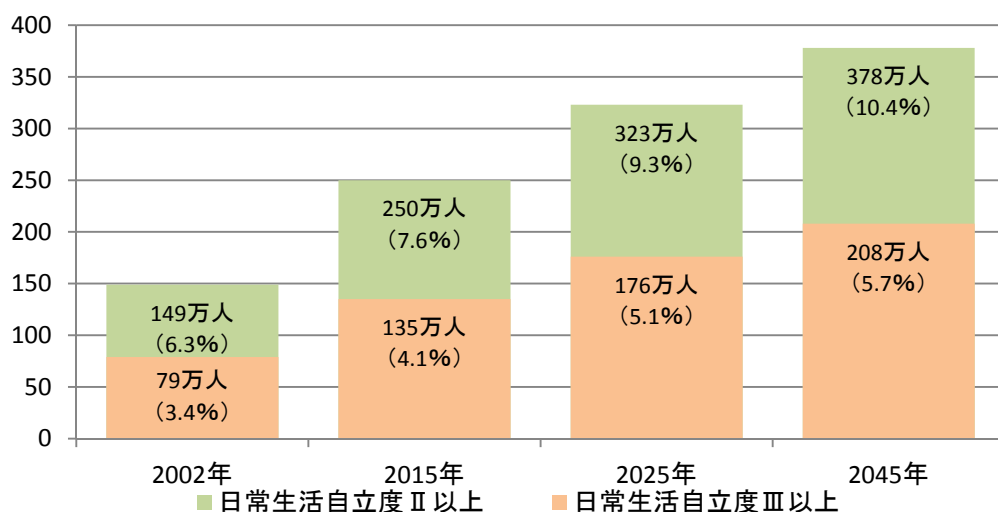
今後の介護保険を取り巻く状況について

○ 今後、特に首都圏をはじめとした都市部において急速に高齢化が進み、それに伴って認知症高齢者の数は増加する見込み。一方で高齢者の世帯のうち、単独や夫婦のみ世帯も増加する見込み。

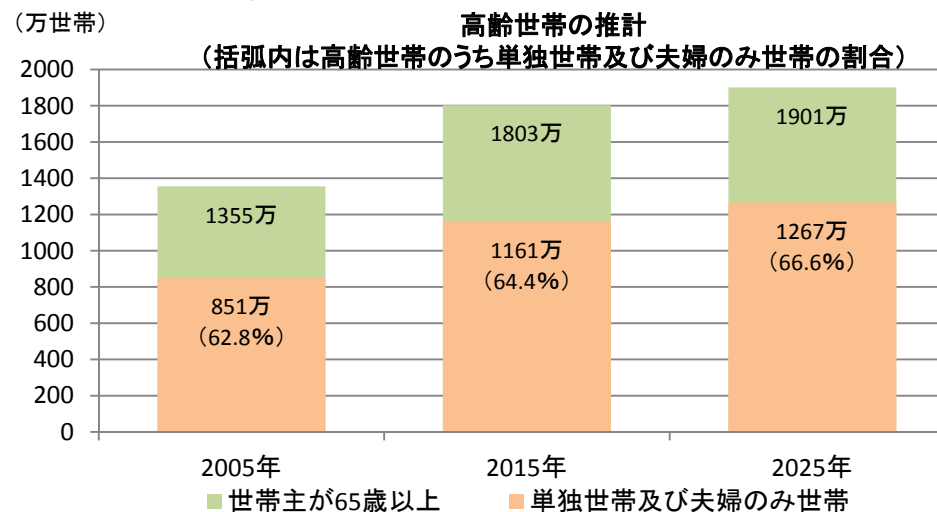
① 75以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2008年	2015年	2025年	2055年
75歳以上高齢者の割合	10.4%	13.1%	18.2%	26.5%

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。
(万人) 認知症高齢者数の推計(括弧内は65歳以上人口対比)



③ 世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。



④ 首都圏をはじめとする都市部において、今後急速に高齢化が進む。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	秋田県	山形県	鹿児島県
2005年時点での高齢者人口	116万人	106万人	149万人	31万人	31万人	44万人
2015年時点での高齢者人口 (括弧内は増加率)	179万人 (+55%)	160万人 (+50%)	218万人 (+47%)	34万人 (+11%)	34万人 (+10%)	48万人 (+10%)

医療イノベーションに関する資料

平成23年5月19日

厚生労働省

基本的考え方

【現状の課題】

- 日本で行われる臨床研究に対する支援や制度上の制約が障壁となり、**日本発**のシーズが革新的な医薬品・医療機器の開発につながっていない。
- 企業の治験着手の遅れ、治験の実施や承認審査に時間がかかる等により欧米との間にドラッグ・ラグ、デバイス・ラグが生じている。

【施策の方向】

- **臨床研究**の質・量の向上を図るとともに、**臨床研究**の成果等を治験や承認につなげるための基盤整備等を強化する。
- 医療上必要な医薬品・医療機器が患者に迅速に提供されるよう、ドラッグ・ラグ、デバイス・ラグを解消する。

改革案の具体的内容（ポイント）

■ **日本発**の革新的医薬品・医療機器の開発と実用化

○ **日本発**の革新的医薬品・医療機器の研究開発の推進

- ・ 日本の**臨床研究**の質・量の向上（ICH-GCP水準の**臨床研究**を実施する臨床研究中核病院等の創設、臨床研究中核病院等における先進医療の取扱いを検討、PMDA・厚生労働省との連携、人材の育成、ITの活用等）
- ・ 個別重点分野の研究開発支援（がん、再生医療、医療機器、個別化医療等）

○ **臨床研究**の成果等を治験や承認につなげるための基盤整備及び効果的な保険償還価格の設定

- ・ PMDAによる薬事戦略相談
- ・ PMDA等の体制強化
- ・ 実用化を見据えた**レギュラトリーサイエンス**の推進
- ・ （独）医薬基盤研究所によるオーファンドラッグ等の開発支援の拡充
- ・ 保険償還価格の設定における医療経済的な観点を踏まえたイノベーションの評価等のさらなる検討

■ 医療上必要な医薬品・医療機器の患者への迅速な提供（ドラッグ・ラグ、デバイス・ラグへの対応）

- ・ 「申請ラグ」「審査ラグ」短縮への取組等
- ・ 医療保険制度における取組（医療上の必要性が高いとされた医薬品に係る先進医療制度の運用の見直し、先進医療データの質の確保の検討）

日本発の革新的な医薬品・医療機器の研究開発の推進

基礎研究成果(シーズ)が日本発であっても、インフラの整った海外で先行して実用化された後、遅れて日本に導入される状況を解消するため、基礎研究から実用化の間の橋渡しに支援を重点化する。臨床研究中核病院等の創設をはじめ、基礎研究から非臨床試験・臨床試験につながる段階の支援体制を強化するとともに、臨床試験の推進体制・制度改革を検討する。

これまでの課題

○ 新薬の開発には多
大な費用と長い時間
がかかり、リスクも
高い。そのため、
優れたシーズを
広く学会などから
吸い上げ、産業界
の新薬開発につ
ながることが不可
欠であるが、この
橋渡しが円滑に
進まない。

○ 日本は、世界に先
駆けてヒトに初め
て新規薬物・機
器を投与・使用す
る臨床試験体制
(人材及び設備)
が不十分である
ため、基礎研究
成果(シーズ)が
日本発であっても
、インフラの整
った海外で先行
して実用化され
た後、遅れて日
本に導入される
状況にある。

具体的な政策

【日本の臨床研究の質・量の向上】

①臨床研究中核病院等の創設

ICH-GCP水準の臨床研究を実施する臨床研究中核病院等を創設し、ヒトに初めて新規薬物・機器を投与・使用する臨床試験等を推進し、臨床研究中核病院等においては、未承認等の医薬品・医療機器について、その特性に応じて先進医療制度の申請・審査手続きの効率化を図る。

②臨床研究に係る研究費の拡充・集中及び審査組織の創設

臨床研究のプロトコル審査を一元的に行う組織を創設するとともに、その審査で見込みのある研究に対して研究費を集中的に投入する。

③革新的な医薬品・医療機器創出のための人材の育成

④臨床研究・治験活性化のためのIT基盤の整備

⑤臨床研究・治験の無過失補償制度の創設の検討 等

【個別重点分野】

①がん

日本発のがんワクチン療法による革新的がん治療の開発のほか、難治性がんや再発がんを中心に、バイオマーカーを用いた新規性の高い画像診断方法の開発や、がん幹細胞を標的とした革新的な治療技術の開発を推進する。

②再生医療

切れ目ない基礎研究から臨床研究・実用化への移行を可能とする仕組みを構築するとともに、効率的で加速度的な臨床研究が実施できる臨床研究支援体制等の基盤構築を目的とした研究を実施する。

③医療機器

世界標準の臨床試験実施体制を有する施設における試験研究が円滑に実施できるよう、薬事に係る諸手続の合理化等を行うとともに、改良・改善に伴うリスク評価を可能にする基準の策定や、ものづくり企業の技術が早期に実用化されるよう審査・相談体制を強化する。

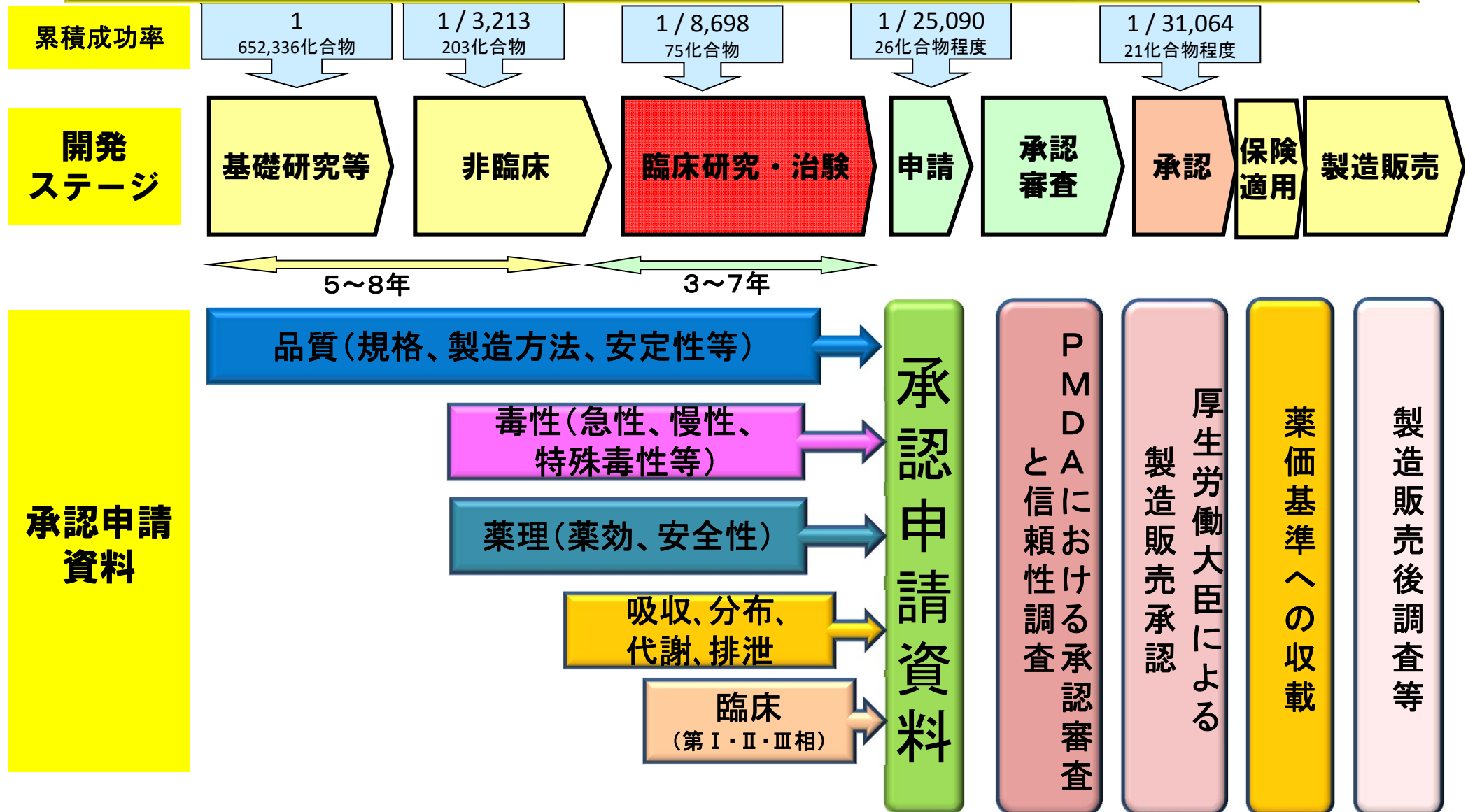
④個別化医療

病態の解明や日本発の診断・治療法の開発に必要な基盤整備を目指して、バイオバンクを構築する。また、難治性疾患患者の遺伝子の解析を推進するとともに、医薬品等の安全対策の向上に活用するための医療情報データベースを構築する。

※ICH-GCP (International Conference on Harmonisation-Good Clinical Practice) 人を対象とする治験・臨床研究の倫理的、科学的な質を確保するための国際的な基準

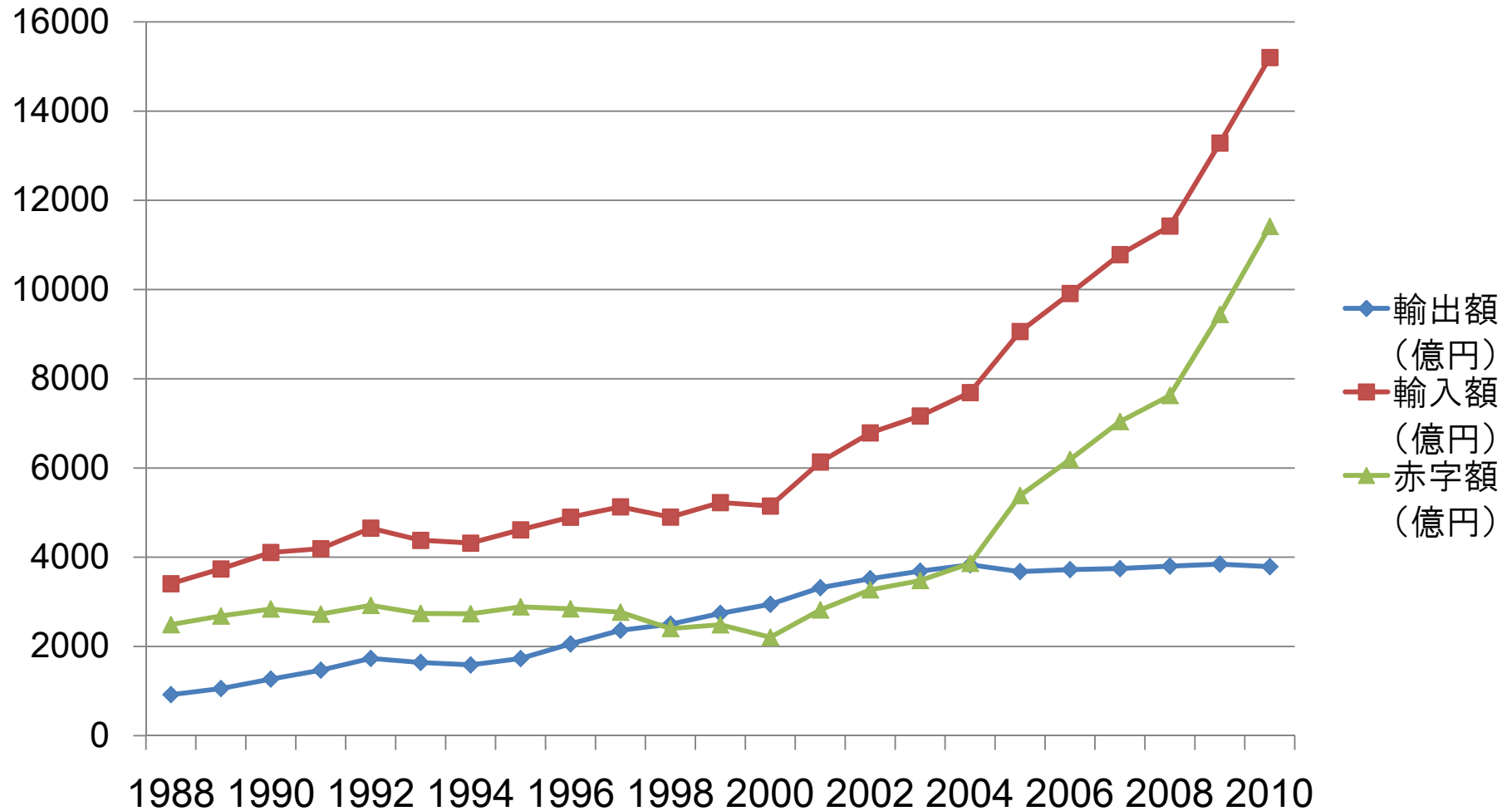
医薬品、医療機器の開発

※データは医薬品の場合
(出典：製薬産業2011)

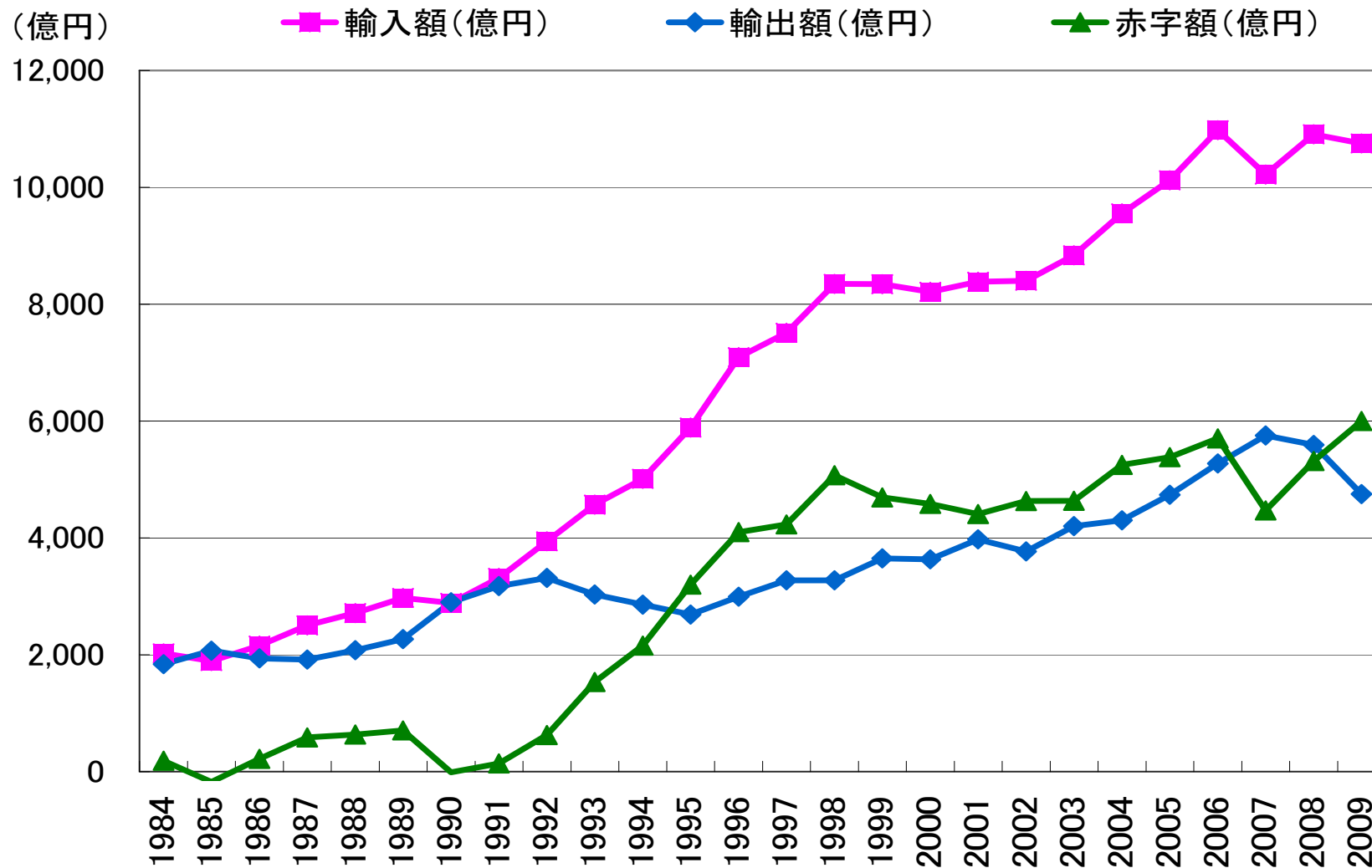


日本の医薬品輸出入額の推移

(億円)

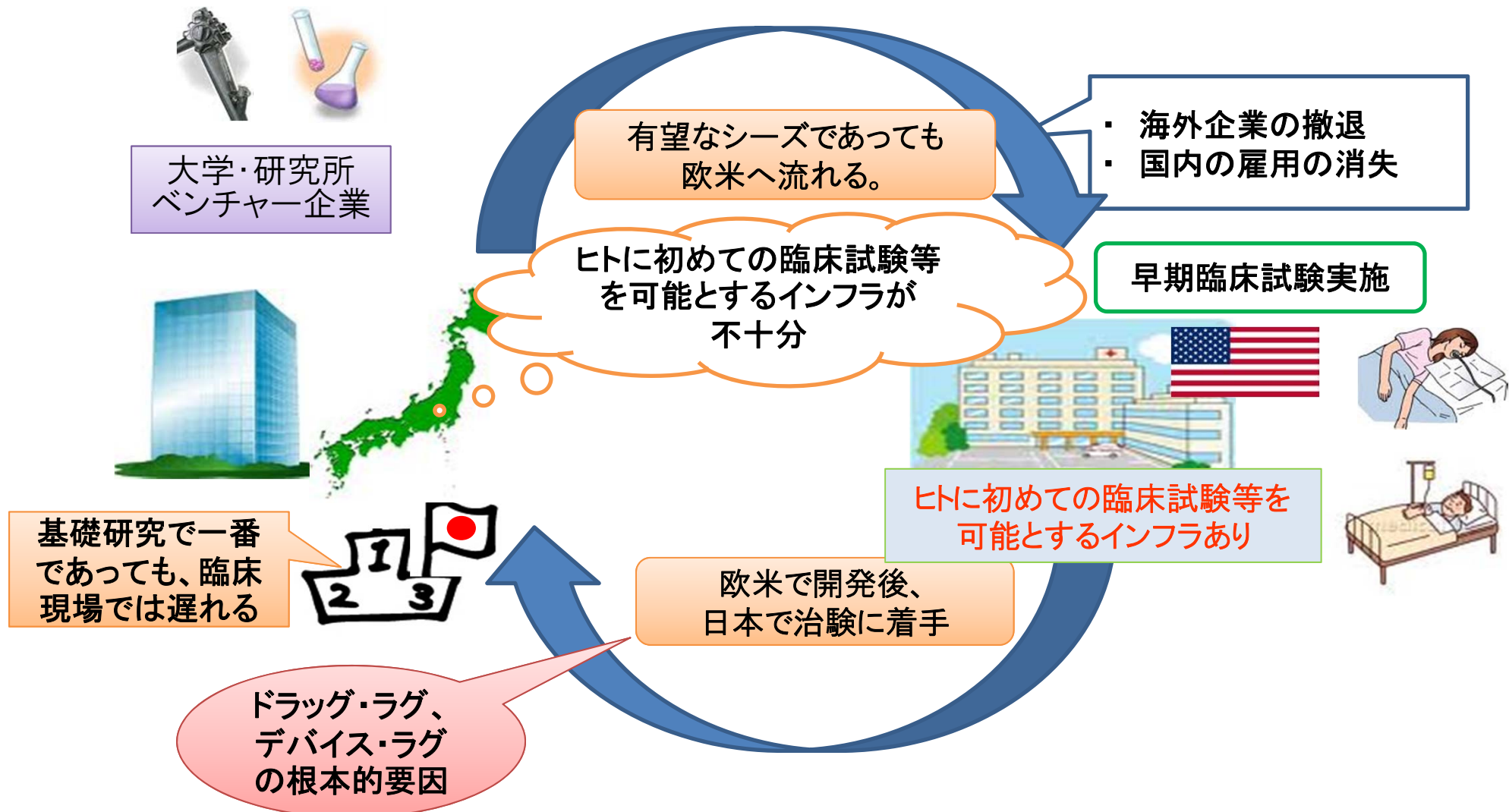


日本の医療機器輸出入額の推移

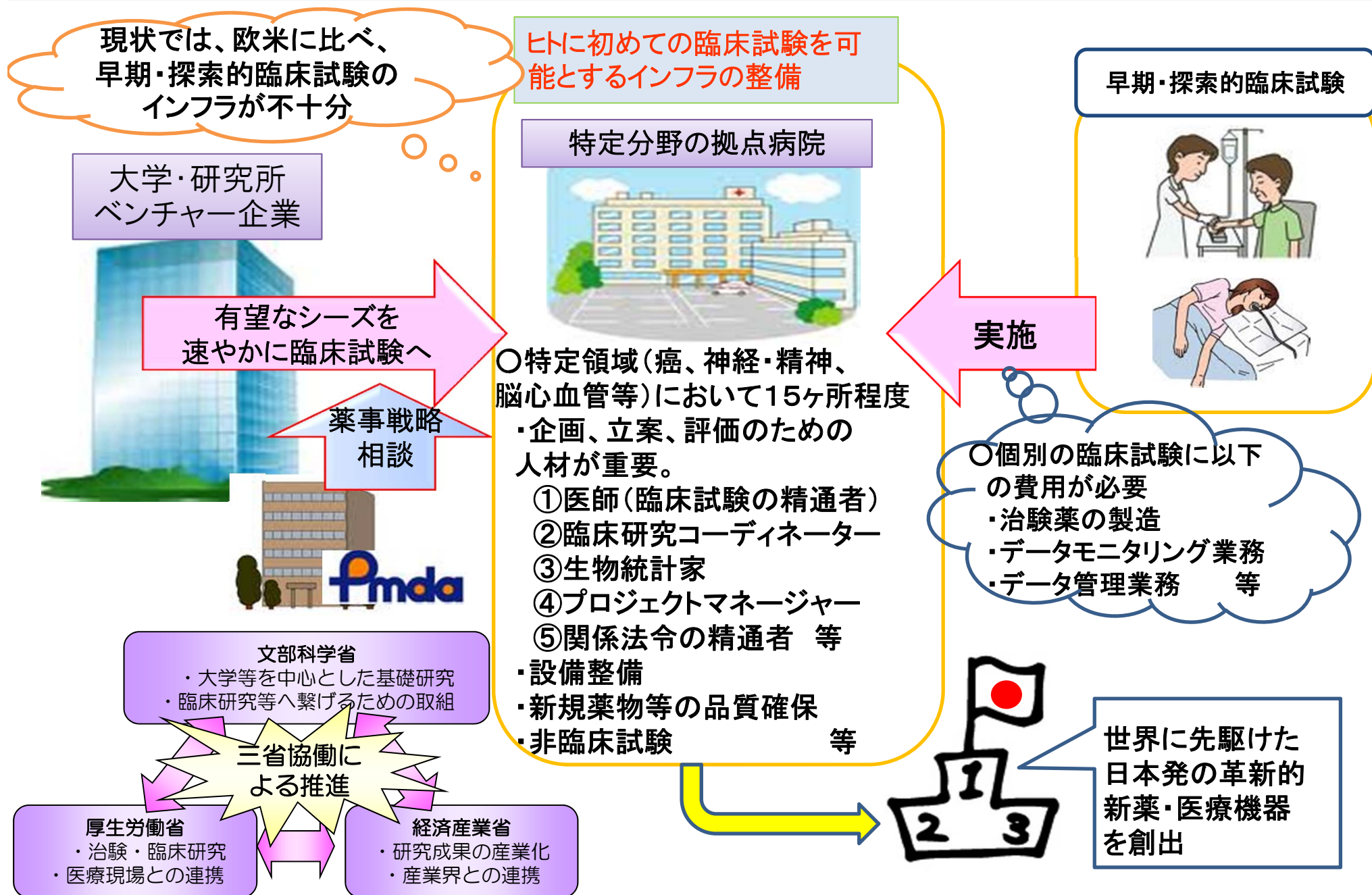


現状の医薬品・医療機器開発の問題点

- 日本発のシーズであるにもかかわらず、欧米での臨床試験・開発が先行し、日本の患者がその恩恵を受けるのが欧米より遅れるケースもある → **患者・国民の理解が得られない。**



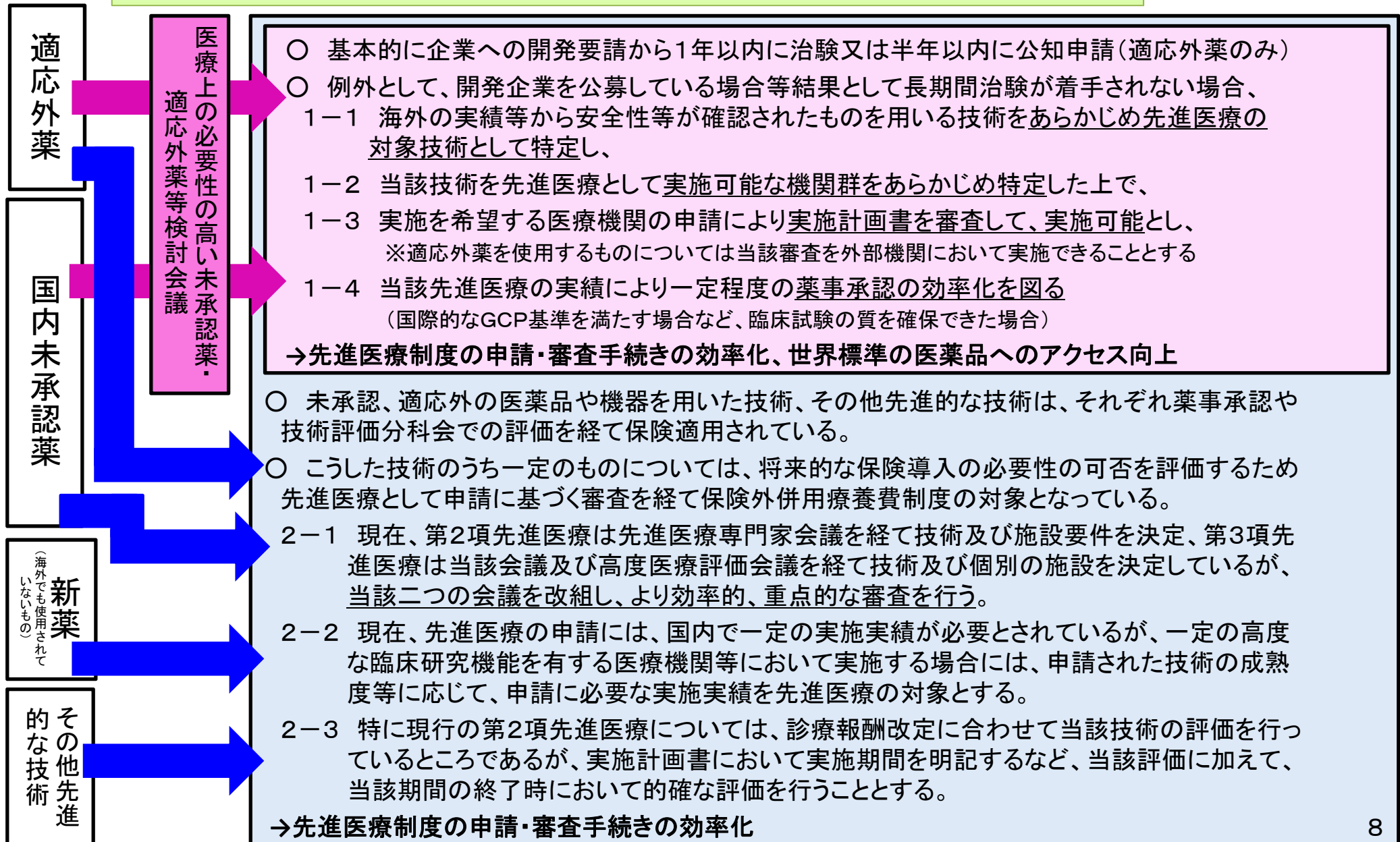
革新的新薬・医療機器創出のための臨床研究中核病院の創設



先進医療制度の運用の見直し(案)

平成22年11月26日
中央社会保険医療協議会
資料を基に作成

- 先進医療制度の申請・審査手続きの効率化
- 世界標準の医薬品へのアクセス向上



臨床研究の成果等を治験や承認につなげるための基盤整備 及び効果的な保険償還価格の設定

アカデミア・ベンチャー等の優れたシーズを日本発の革新的医薬品・医療機器として実用化に結びつけるための強力なサポート体制を構築するとともに、保険償還価格の設定において、医療経済的な観点も踏まえ、より適切なイノベーションの評価を検討する。

これまでの課題

○ 画期的な医薬品・医療機器の開発には、有望なシーズの絶え間ない供給とその実用化への方策が重要だが、国内では、有望なシーズを発見したアカデミア(大学)、ベンチャー等が、製品化につながるための開発戦略に不案内ということがあり、実用化に向けての橋渡しが円滑に進められていない現状がある。

○ このような革新的な医薬品・医療機器等の研究開発を促進するためには、これらに係る保険償還価格の設定において、医薬品・医療機器のイノベーションをより適切に評価するとともに、保険財政を効率的・効果的に活用していくことが求められる。

具体的な政策

- 実務的な相談支援
 - ・(独)医薬品医療機器総合機構(PMDA)において、大学・ベンチャー等を対象に、日本発のシーズを非臨床・臨床試験、治験、承認を経て実用化につなげるための実務的な相談(薬事戦略相談)に応じる。
- PMDA等の体制強化
 - ・相談支援の着実な実施(相談員の確保)
 - ・審査人員の増員
 - ・PMDAの有為な人材の獲得に向けた就業規則の見直し
 - ・実用化を見据えたレギュラトリーサイエンス(※)の推進

(※) 科学技術の成果を人と社会に役立てることを目的に、根拠に基づく的確な予測、評価、判断を行い、科学技術の成果を人と社会との調和の上で最も望ましい姿に調整するための科学
- (独)医薬基盤研究所による橋渡し研究や、オーファンドラッグ(希少疾病用医薬品)・オーファンデバイス(希少疾病用医療機器)の研究開発の拡充
- 薬価・医療機器の保険償還価格等の設定におけるイノベーションや医療経済的な観点を踏まえた評価のさらなる検討

新医薬品・医療機器の創出(薬事戦略相談事業)

日本発シーズの実用化に向けた医薬品・医療機器に関する薬事戦略の相談事業

「薬事戦略相談を導入し、日本発の革新的医薬品・医療機器の創出につなげる」

背景

○ 創薬の開発に要する期間・コストの増加傾向等により、シーズ探索段階の基礎研究に注力することが難しい。

○ 画期的な医薬品・医療機器の開発には、有望なシーズの絶え間ない供給とその実用化への方策が重要。

○ 国内では、有望なシーズを発見したアカデミア(大学)、ベンチャー等が、製品化につなげるための開発戦略に不案内ということがあり、実用化に向けての橋渡しが円滑に進められていない現状がある。

概要

○ シーズ発見後のアカデミア(大学)、ベンチャー等における、医薬品・医療機器候補選定の最終段階から、治験に至るまでに必要な試験・治験計画策定等に関する相談を主な対象とする「薬事戦略相談」を導入する。

○ 「薬事戦略相談」においては、薬事に精通した製薬企業出身者を含む多彩な相談員を確保して、開発・薬事の相談に応じる。

○ 官民協力により事業を推進するため、「医薬品・医療機器薬事戦略懇談会(仮称)」を設置し、相談事業の優先順位付け、実現可能性等の検討を行う。

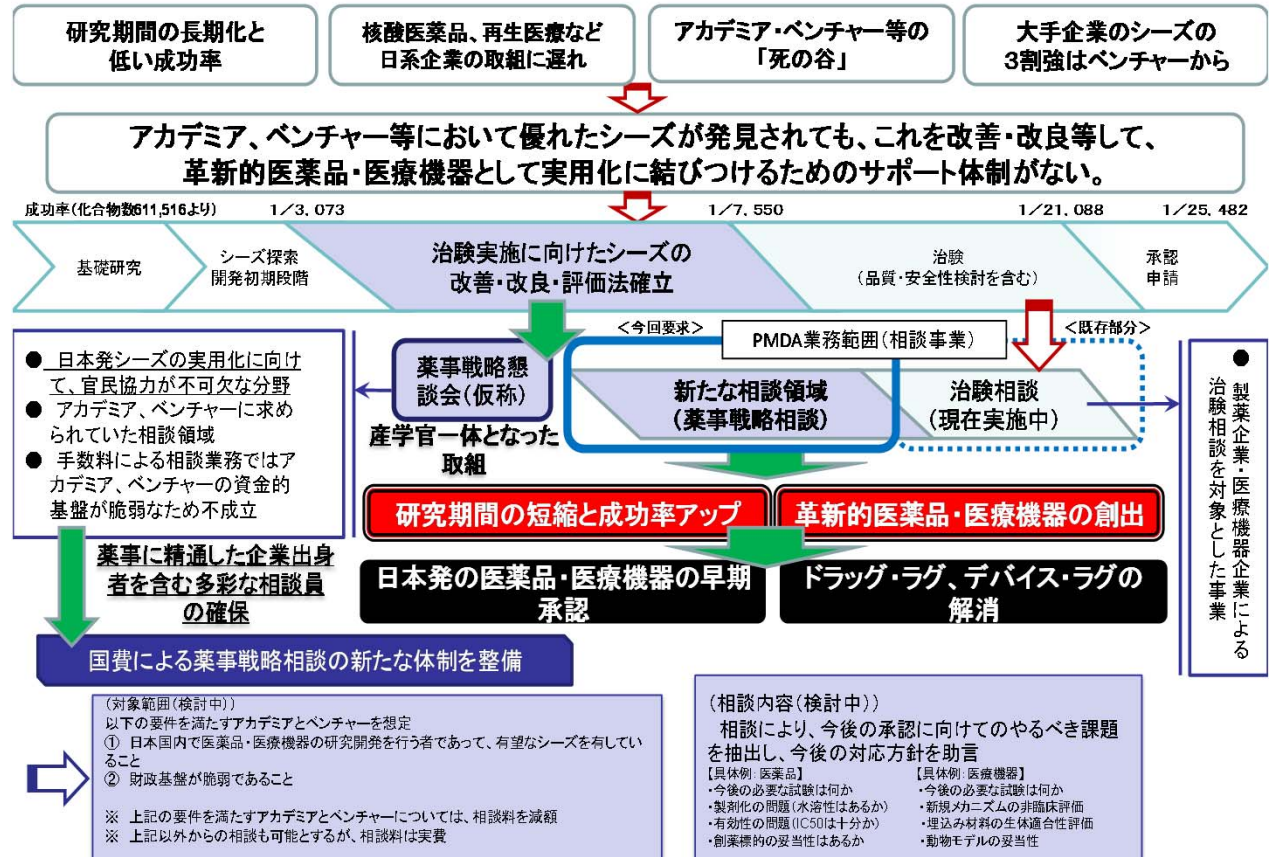
目標

○ 日本発の医薬品・医療機器の早期承認

○ ドラッグ・ラグ、デバイス・ラグの解消

(事業イメージ)

日本発シーズの実用化に向けた医薬品・医療機器薬事戦略相談推進事業



PMDAの審査体制等の強化

【PMDAの常勤数の推移】

	平成16年 4月1日	平成17年 4月1日	平成18年 4月1日	平成19年 4月1日	平成20年 4月1日	平成21年 4月1日	平成22年 4月1日	平成23年 4月1日	第2期中期 計画期末 (25年度末)
機構全体	256名	291名	319名	341名	426名	521名	605名	648名	751名 (現行計画)
うち審査部門	154名	178名	197名	206名	277名	350名	389名	415名	
うち安全部門	29名	43名	49名	57名	65名	82名	123名	133名	



革新的医薬品・医療機器の実用化を見据え、レギュラトリーサイエンスの推進のため、引き続き合理化・効率化を図りつつ、今後、さらなる増員等について検討

日本発の革新的医薬品・医療機器の迅速な実用化に向けて

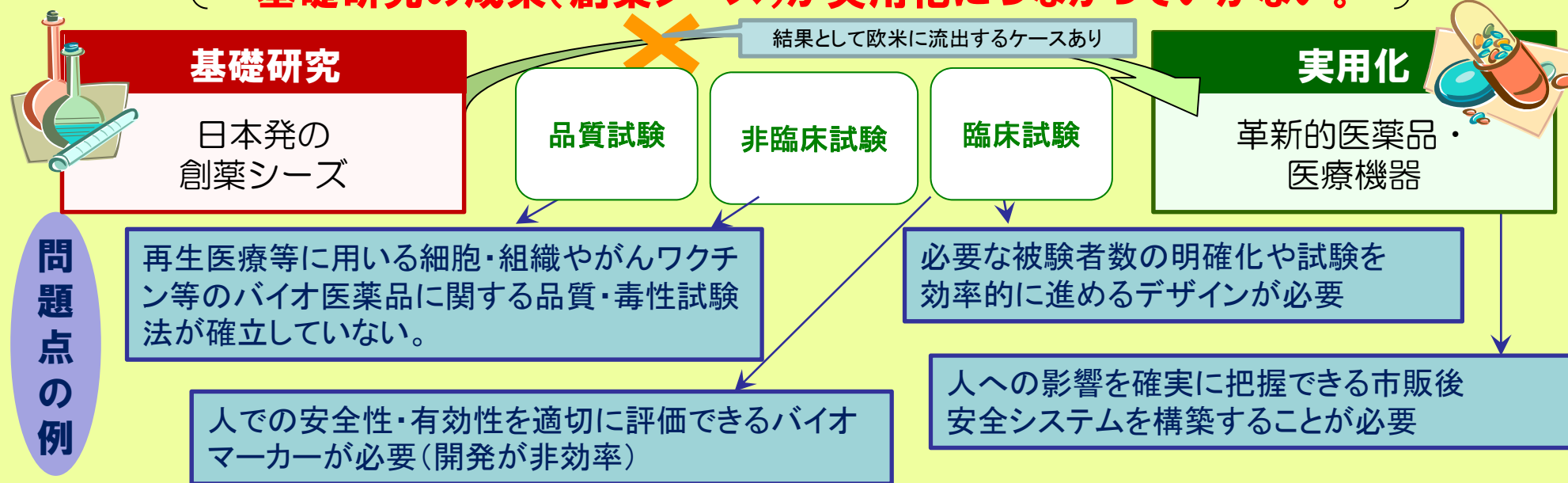
－ レギュラトリーサイエンスの推進 －

我が国の医薬品・医療機器開発の現状

革新的な医薬品・医療機器の評価の考え方・手法が確立されていない

開発戦略が設計できず、開発の見通しが立たない。

基礎研究の成果(創薬シーズ)が実用化につなげていけない。



出口（実用化）を見据えた開発を可能とするために
迅速な実用化を可能とするために・有効性と安全性を確保するために
レギュラトリーサイエンス研究の推進が不可欠

希少疾病用医薬品・医療機器（オーファンドラッグ・デバイス） の指定制度について

制度の目的

医療上の必要性が高いにもかかわらず、患者数が少なく、研究開発が進まない医薬品・医療機器の開発を支援する。

オーファンドラッグ・デバイスの指定要件

対象者数

対象者数が国内において5万人に達しないこと

医療上の必要性

代替する適切な医薬品・医療機器又は治療方法がないこと、又は既存の医薬品と比較して著しく高い有効性又は安全性が期待されること

開発の可能性

対象疾病に対して、当該医薬品・医療機器を使用する根拠があり、開発計画が妥当であること

これらの条件を満たす医薬品・医療機器を指定
(薬事法第77条の2)

支援等の内容について

優先的な治験相談及び優先審査の実施 <PMDA>

総審査期間の中央値
(平成23年度PMDA目標)



新医薬品（優先品目）9ヵ月
（通常品目は12ヵ月）
新医療機器（優先品目）は15ヵ月
（通常品目は20ヵ月）

申請手数料の減額

試験研究費への助成金交付 <(独)医薬基盤研究所>

指定から承認申請までに必要な試験研究に要する直接経費の2分の1に相当する額を上限。

税制措置上の優遇措置 <(独)医薬基盤研究所による認定>

助成金を除くオーファンドラッグ等の試験研究費総額の12%が税控除の対象。

研究開発に関する指導・助言 <(独)医薬基盤研究所>

医薬基盤研究所による助成金交付事業について

助成対象

厚生労働大臣から指定を受けたオーファンドラッグ・デバイスの研究開発に助成金を交付。助成対象は、指定を受けた日以降、承認申請までに行われる試験研究の費用であるものの、指定を受けたからといって助成金交付を受ける義務を課すものではない。

助成経費

オーファンドラッグ・デバイスに関する試験研究を遂行するため直接必要な経費。

助成額

平成19年度以降は6～7億円の間で推移しているところ。
運営費交付金の範囲で、助成金の交付対象となる経費の50%に相当する金額を限度としているが、予算の制約もあり、平均助成率は平成21年度で36.9%、平成22年度は38.2%で40%を下回っている状況。

助成期間

助成金の交付が開始された事業年度から原則として3事業年度。

医療上必要な医薬品・医療機器の患者への迅速な提供

(ドラッグ・ラグ、デバイス・ラグへの対応)

医療上必要な医薬品・医療機器が患者に迅速に提供されるよう、ドラッグ・ラグやデバイス・ラグを解消するための取組を推進する。

これまでの課題

○ 世界標準の医薬品・医療機器のうち、日本において承認されていない等の理由で必要な医療への患者のアクセスが遅れているものがある

○ その背景には、
・ 薬事申請までに時間を要しているという「申請ラグ」

・ 薬事審査に時間を要しているという「審査ラグ」

等の課題がある

具体的な政策

○ 申請ラグ短縮への取組
・ 実務的な相談支援(再掲)

○ 審査ラグ短縮への取組
・ 新医療機器、改良医療機器、後発医療機器の区分ごとに専門の審査チームを設ける3トラック審査制を導入

○ 医療保険制度における取組
・ 「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」において医療上の必要性が高いとされた抗がん剤について、長期間治験の実施が見込まれない場合に先進医療制度の運用を効率化すること等を検討

・ 先進医療における実績等により薬事承認審査の一定程度の効率化を図るため、PMDAの相談制度を活用するなど、当該先進医療の質を確保

○ 上記の他、「革新的医薬品・医療機器創出のための5カ年戦略」「医療機器の審査迅速化アクションプログラム」に基づく取組を推進

ドラッグ・ラグ、デバイス・ラグの推移について

現状と目標

医薬品

● 目標

「革新的医薬品・医療機器創出のための5カ年戦略」に基づき、ドラッグ・ラグを解消し、米国並みとする

平成16年度

30か月(2.5年)

※申請ラグ 18か月

審査ラグ 12か月



平成23年度

0年

● 最近の実績

(米国との差)	18年度	19年度	20年度	21年度
ドラッグ・ラグ(月)	28	41	28	24
申請ラグ(月)	14	29	19	18
審査ラグ(月)	14	12	9	6

医療機器

● 目標

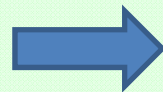
「医療機器の審査迅速化アクションプログラム」に基づき、デバイス・ラグを解消し、米国並みとする

平成17年度

19か月

※申請ラグ 12か月

審査ラグ 7か月



平成25年度

0か月

● 最近の実績

(米国との差)	18年度	19年度	20年度	21年度
デバイス・ラグ(月)	17	14	23	36
申請ラグ(月)	12	12	18	36
審査ラグ(月)※	5	2	5	0

※米国の平成18年度以降の総審査期間のデータが公表されていないため、平成17年度(14.5月)と同等と仮定して比較

※デバイス・ラグの数値については、新医薬品と比較して新医療機器として承認される品目数が少なく増減が多くなること、また、世界で先行して承認されている未承認医療機器の掘り起こし(申請の促進)による申請ラグの顕在化(長期化する傾向があること)に留意が必要。

ドラッグ・ラグ、デバイス・ラグの解消による革新的医薬品の創出等について

取組

1. 世界に先駆けた
革新的医薬品等創出

医薬品・医療機器

● 薬事戦略相談の創設

H23年度中実施予定

アカデミア・ベンチャー等による優れたシーズを実用化につなげるための新たな相談体制を創設する。(成長戦略)(平成23年度中実施予定)。産学官一体となった取組として、薬事戦略懇談会(仮称)の設置。

2. 世界で先行している
未承認薬等への対応

医薬品・医療機器

● 治験のあり方に関する懇談会

平成22年9月から実施

治験を管理又は実施する関係者等から治験の効率的な実施に必要と考えられる課題に関する意見を聴取する。

(2-1). 早期申請による早期承認

医薬品

● 医療上の必要性の高い
未承認薬・適応外薬検討会議

継続実施

医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬について、製薬企業に開発要請を行うこと等により早期承認につなげる。

医療機器

● 医療ニーズの高い医療機器等
の早期導入に関する検討会

継続実施

医療ニーズの高い未承認医療機器等について、企業に開発要請を行うこと等により早期承認につなげる。

(2-2). 早期保険適用

医薬品

● 公知申請における保険上の取扱い

平成22年8月末から実施

「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」において検討され、薬事・食品衛生審議会において、公知申請で差し支えないとされた適応外薬の効能等について、承認を待たず、保険適用とする。

3. 医療機器審査の
合理化

(医療機器の審査迅速化アクションプログラム)

医療機器

● 3トラック審査制の導入

平成23年度から実施

新規性の程度によって審査プロセスを明確にした上で、新医療機器、改良医療機器、後発医療機器の区分ごとに専門の審査チームを設ける3トラック審査制を導入する。

申請
ラグ
短縮

承認
前の
保険
適用

審査
ラグ
短縮

集中検討会議の進め方について

岡村 正
成田 豊
渡辺 捷昭

1. 待ったなしの一体改革

- ・「社会保障の持続可能性の強化」「財政の健全化」は、表裏一体の関係にあり、安心して安全な経済社会を構築する上で避けて通れない最重要課題である。そして課題解決の前提となる「経済・産業の活性化」も含めた社会保障と税・財政の一体的な改革は、先送りのできない「待ったなし」になっている。

これまで、社会保障国民会議や安心社会実現会議、さらには民主党の有識者検討会などにおいても議論が尽くされ、社会保障の選択と集中による機能強化と効率化の方向性が示されている。また社会保障の安定財源としての消費税の重要性については、国民の間でも広く認識されるようになっていく。

- ・今こそ方向性に沿った具体的改革への着手を決断する段階である。6月の一体改革とりまとめにおいては、国民に「何が変わるか」「なぜ変える必要があるか」について、分かりやすく提示し、我慢や負担をお願いすることの説明責任を果たさなければならない。

2. 個々の重点化・効率化策の具体化

- ・前回集中検討会議に提出された厚生労働省案は、多くの委員からも指摘された通り、とりわけ重点化・効率化策の具体性が乏しかった。そもそも社会保障制度の設計にあたっては、給付と負担の両面を見なければならず、給付の機能強化は国民負担増に直結するものである。従って、集中検討会議においては、いかに効率的なサービスを国民全体に提供するか、といった議論をさらに深めていく必要がある。機能強化策だけを先に具体化することは、集中検討会議に与えられた使命に逆行することになりかねない。

- ・このため、まずは 5/12 厚生労働省案に上げられている個々の重点化・効率化策を具体化することを求める。これにより、当会議の調査審議を深化させる事が早急に必要である。
- ・さらに、個々の施策について、可能な限り財政影響を明らかにする必要がある。この中で、自助・共助・公助のバランスや、財政健全化・経済活力との両立について検証することが不可欠である。そうした検討こそが、骨太なコンセンサスを形成する上で重要であり、また国民に向けた透明性を高め、説明責任を果たす事にもつながる。

3. 成長と社会保障の機能強化の好循環

- ・医療・介護及びその関連事業は、成長戦略の重点分野の 1 つ。国際競争力のある医薬品・高度医療機器、未来型ロボット事業、サービスの高度化など、この分野のイノベーション創出に向けた産業化、事業化を加速させることが必要。
- ・政府においては、震災を踏まえた新たな成長戦略にもしっかりと盛り込み、そうした研究開発や、新たな製品・技術・サービスの普及を支援していくことが必要である。
またそうしたものを新たに保険収載する際には、同時に、陳腐化した技術や、相対的に効果の低いサービスの適用や価格を見直すことにより、負担を伴う公的保険の身の丈は維持しつつ、質を高めることが可能となる。

以 上

地域包括ケアの町

地域包括ケアの町への復興応援団

(発起人)

社会福祉法人いきいき福祉会

専務理事総合施設長 小川 泰子

社会福祉法人長岡福祉協会

高齢者総合ケアセンターこぶし園

総合施設長 小山 剛

福祉自治体ユニット

事務局長 菅原 弘子

東京大学高齢社会総合研究機構

教授 辻 哲夫

NPO 法人高齢社会をよくする女性の会

理事長 樋口 恵子

公益財団法人さわやか福祉財団

理事長 堀田 力

東日本大震災で壊れたまち（コミュニティー）を復興するに当たっては、誰もが自宅で最後まで安心して、いきいきと暮らせるまちをつくることを目指してほしいと私たちは願っています。それが、地域包括ケアのあるまちです。

そのまちでは、子どもたちは、地域の中で、大人やお年寄りに見守られながら、よく遊び、よく学んでいます。

そのまちでは、性別や年齢、障がいの有無などにかかわらず、人々は、自分に適した職場を得て、活発に仕事をしています。

そのまちでは、誰もが気軽に立ち寄り、自分の好きなことをして楽しみ、くつろぎ、いろいろな人と交わる場所があちらこちらにあり、家族のような助け合いが自然に行われています。

そのまちでは、年老いて一人暮らしとなり、自分で食事ができなくなっても、外から、医師や看護師、ヘルパーなどが必要な時に家を訪問してくれるから、最後まで一人暮らしができます。食事も三食、届きます。ご近所の方やボランティアが訪ねてくれますから、淋しくありません。

そういうまちを、みんなでつくりましょう。これまでのつながりを大切にしながら。

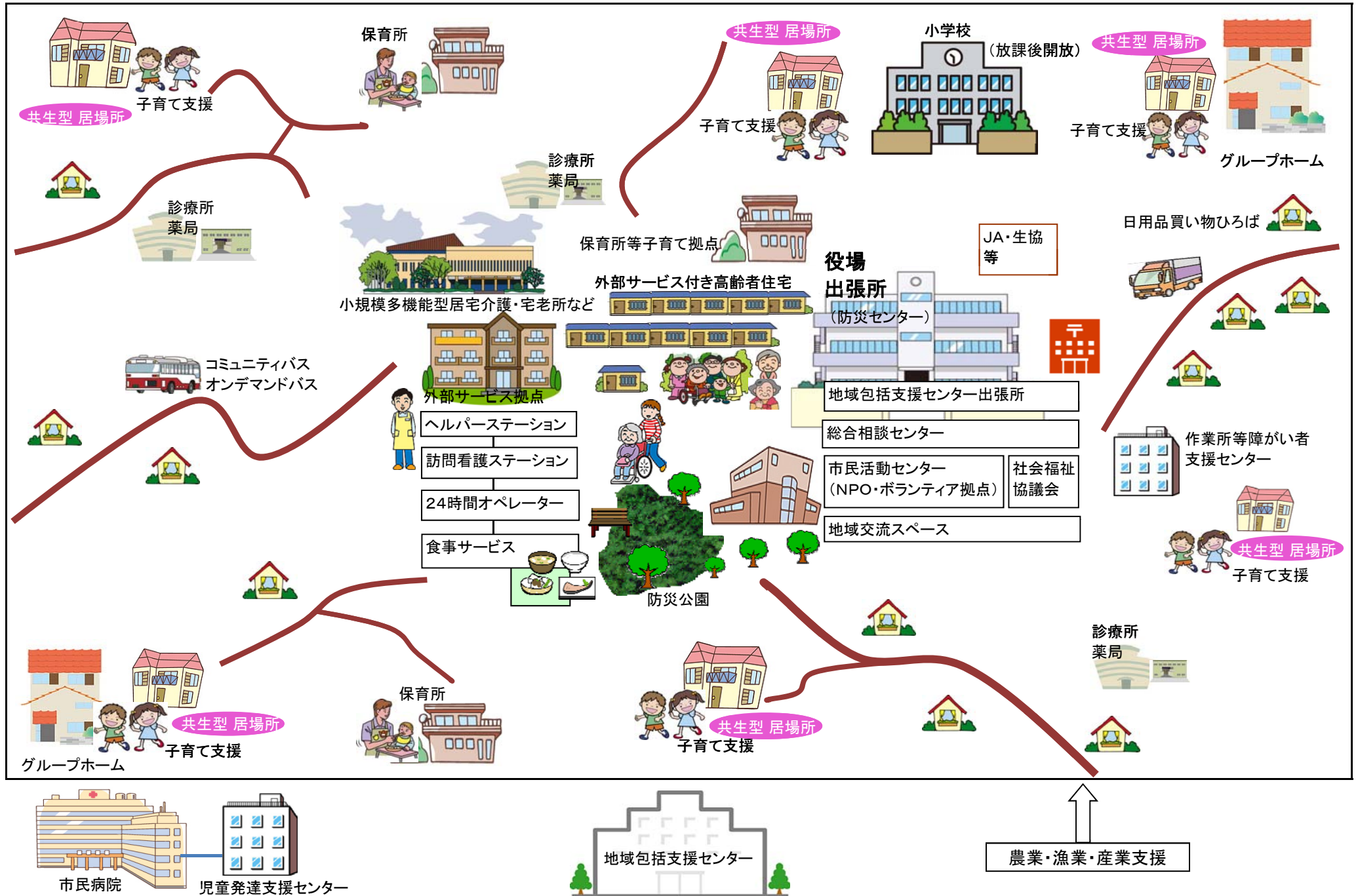
そのため、避難所にいる時から地域の人たちでどうするかよく話し合い、仮設住宅にいる時から、そういうまちのひな型をつくっていきましょう（４頁・厚生労働省資料参照）。

添付した図面は、一つのコミュニティーのモデルです。

参考にしながら、自分たちにふさわしいまちの構図を、みんなで描き、実現してほしいと願っています。みんなの幸せのために！

すべての人の尊厳を支えるために～ 地域包括ケアの町イメージ図
(3000人から5000人のコミュニティ)

2011年5月12日版



イメージ図の説明

1. この図は、**最後まで自宅で暮らせるまち**を表しています。
 - (1) 一人暮らしで介護が必要な方は、まちの真ん中にある**外部サービス付き高齢者住宅**に入ることができます。
 - (2) そこには、近くにある**外部サービス拠点**から、介護、看護、食事など、必要なサービスが、24時間365日届きます。
また、診療所から医師が出向きます。
 - (3) だから、その地域に大きな施設や病院がなくても、最後まで自宅で暮らせます。
 - (4) 高齢者住宅の近くに子育て拠点や交流スペースなどがあり、いろんな方と交流できます。
 - (5) なお、外部サービス拠点は、家族と同居している高齢者などにも、必要なサービスを届けます。
 - (6) 高齢者に限らず、移動販売車などによる日常品の買い物サービスや、自由に要求に応じるコミュニティバスの移動サービスが提供されます。
 - (7) 地域包括支援センターの出張所では、高齢者や障がい者の医療やケアに必要な情報が集積されます。
2. この図は、**社会全体で子育てするまち**を表しています。

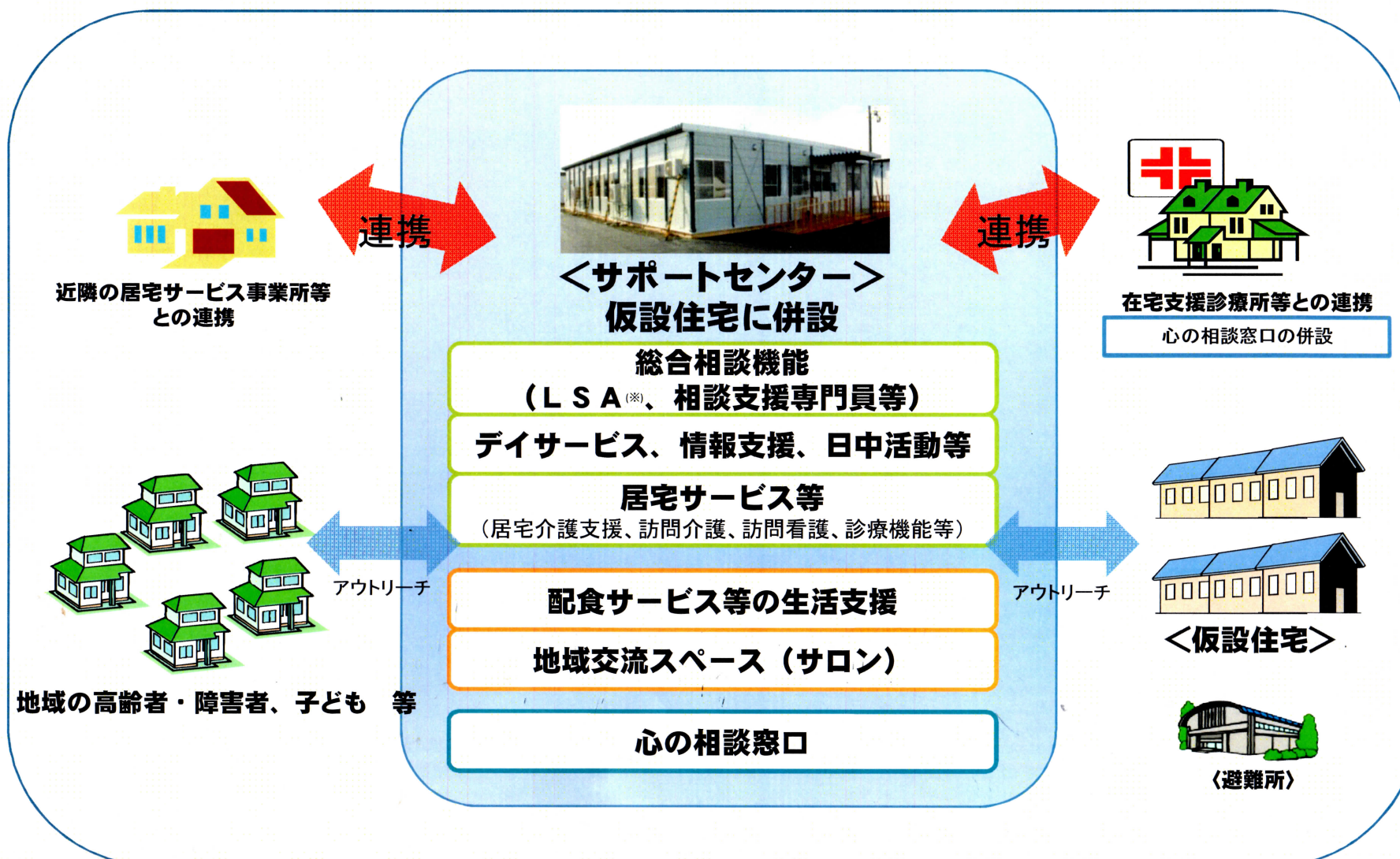
幼稚園と保育園を統合した保育所（こども園）で、幼保一元が実現しています。
人々が集い、交わる居場所で子育て支援も行われます。
小学校の校庭は、放課後、子どもたちやまちの人々に開放されます。
3. この図は、**ひろく就労できるまち**であることを前提としています。

外部サービス拠点は、多様な就労の場をつくれます。
障がい者それぞれの能力を生かす職場をつくるよう、まちぐるみの努力が求められます。
4. この図は、**住民がつどい、安らぎ、交わり、能力を生かすまち**を表しています。

そのためのセンターや居場所が多く設けられており、そこで、助け合いも生まれ、まちづくりの智慧や協力も生まれてきます。
5. この図は、**モデルとなるイメージを描いたもので**、これを一つの参考にして頂きながら、それぞれのまちの状況に応じて、住民の意見に沿ったまちをつくるのが大切です。

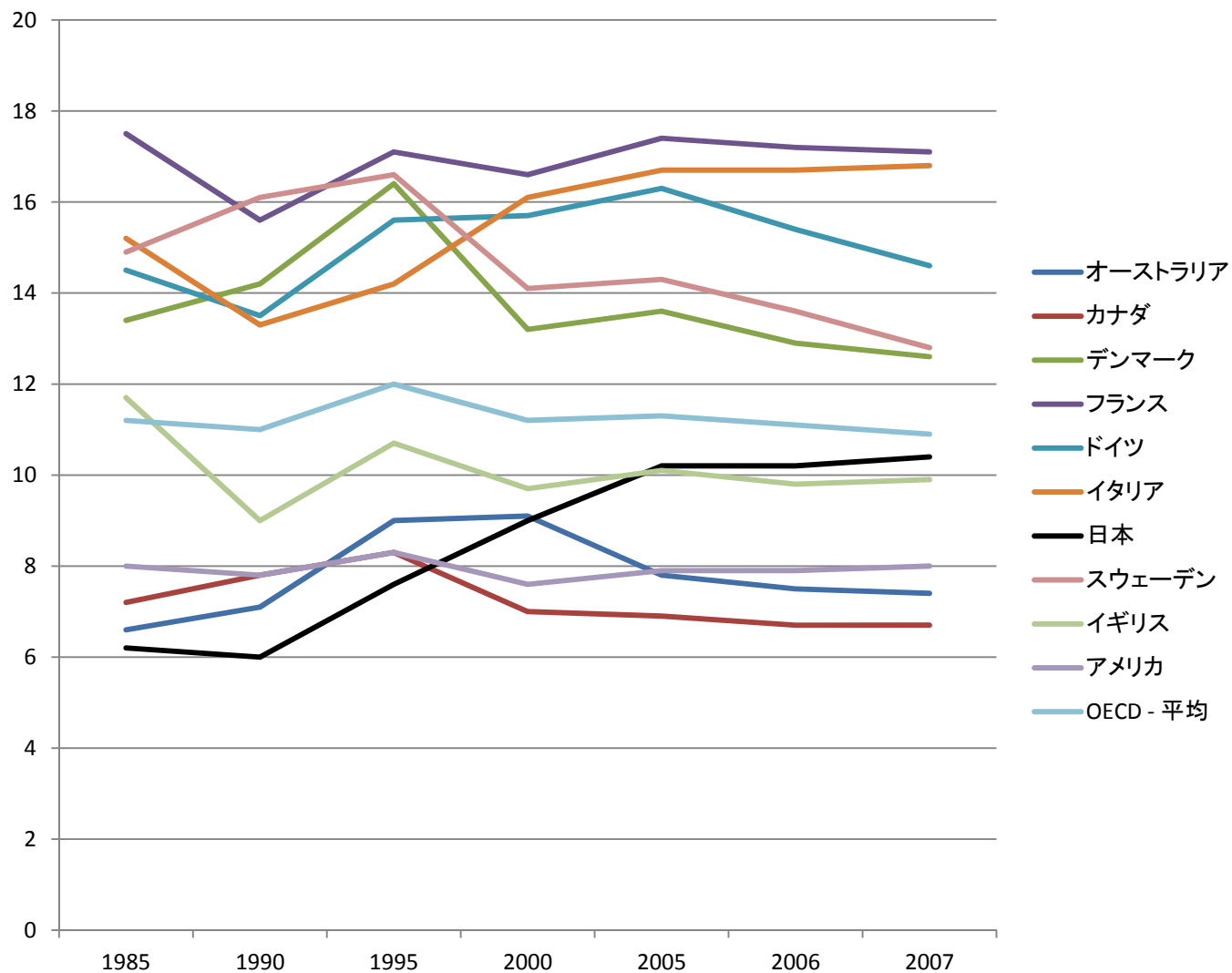
たとえば、観光や文化の点で特長のあるまちにするなど、**日本最高の魅力あるまちに復興**してほしいと願っています。
そして、絶対に欠かせない目標は、**すべての人が尊厳をもって、その人らしい暮らしができるまちに復興**するという理念だと考えています。

仮設住宅等における介護等のサポート拠点について(イメージ)



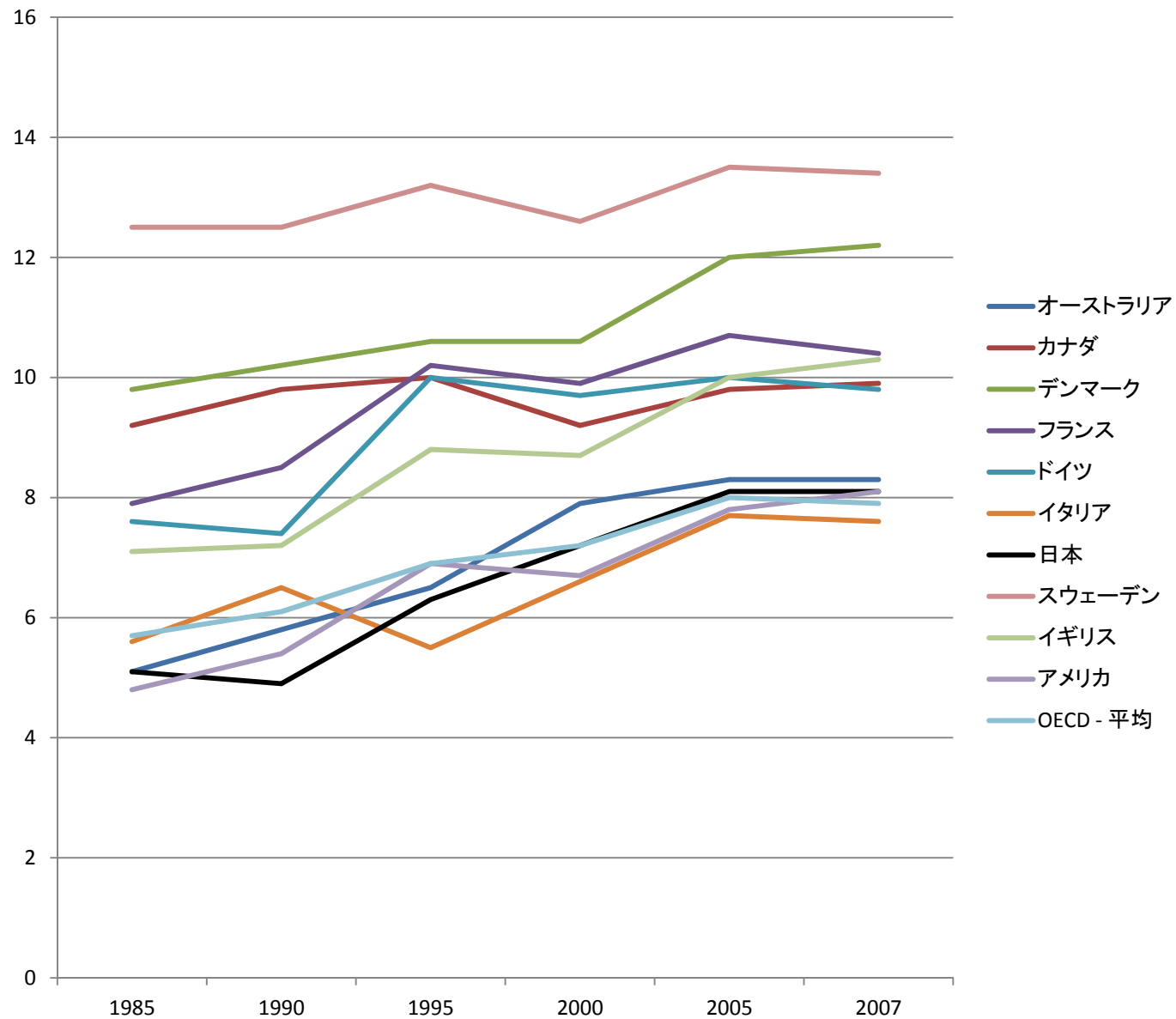
※ LSA：ライフサポートアドバイザー＝住民からの様々な相談を受け止め、軽微な生活援助のほか、専門相談や具体的なサービス、心のケア等につなぐなどの業務を行う者

1 OECD諸国の社会保障支出のGDP比推移(現金給付)



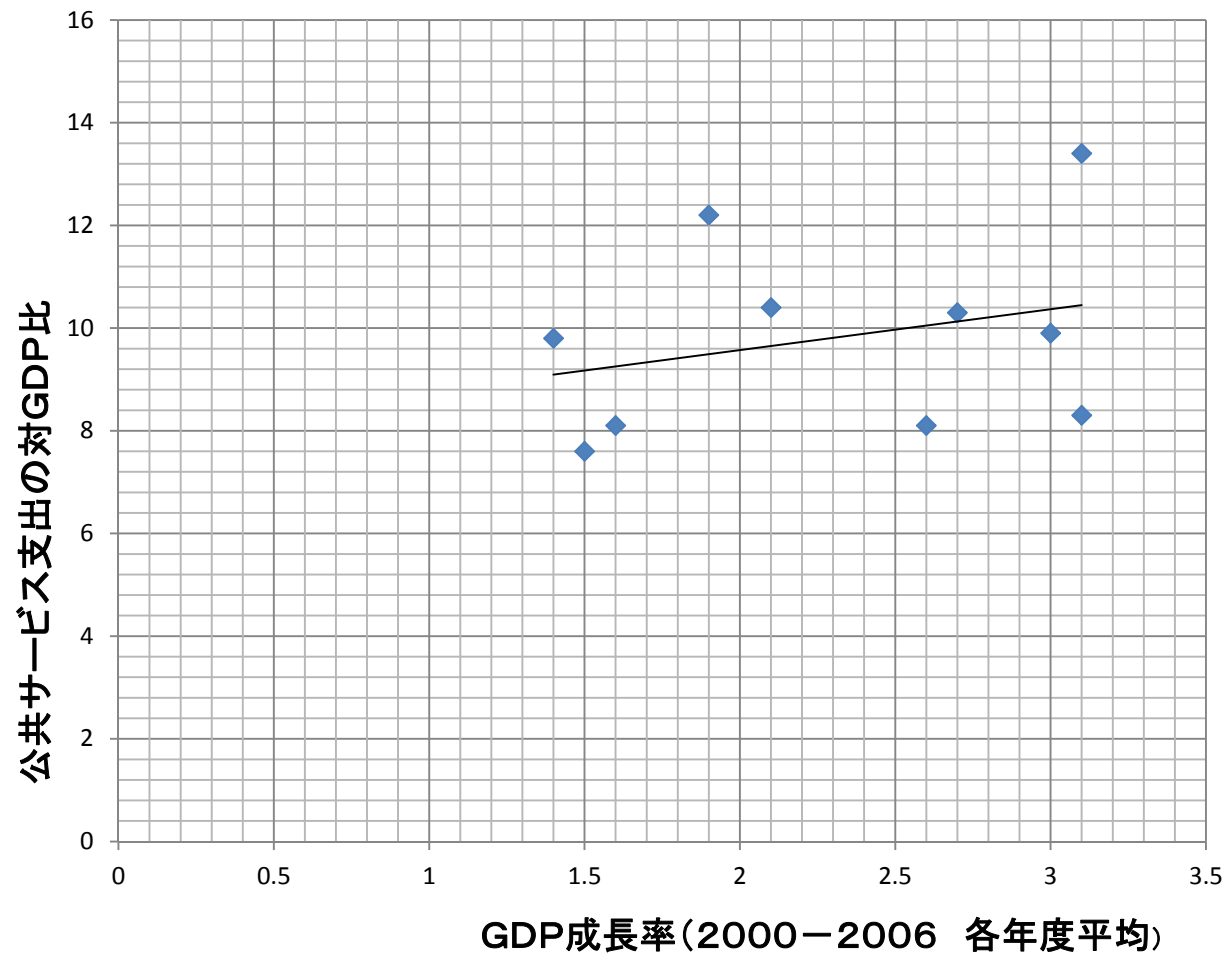
出所 OECD Social Expenditure Databaseより作成

2 OECD諸国の社会保障支出のGDP比推移(公共サービス)



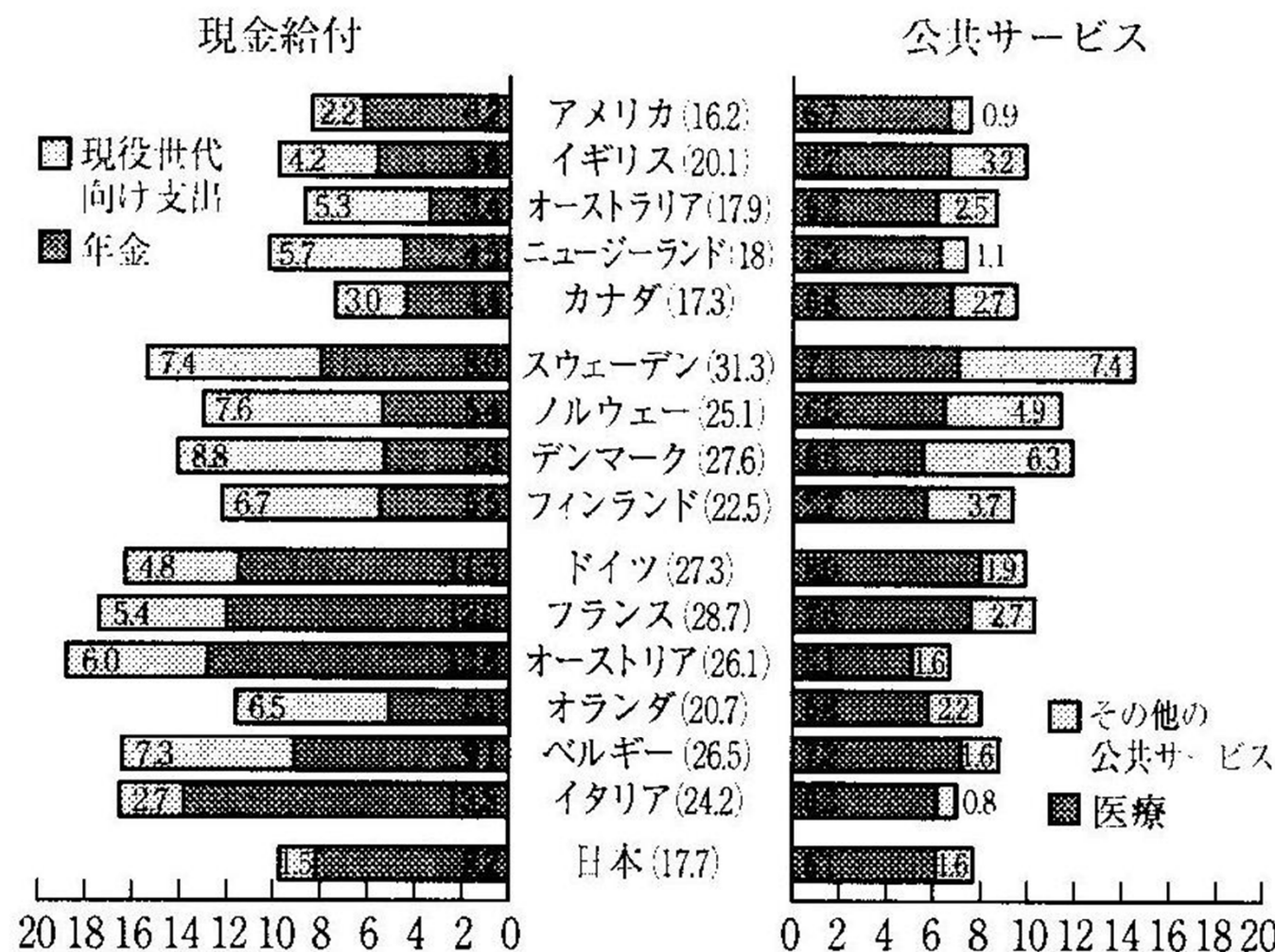
出所 OECD Social Expenditure Databaseより作成

3 公共サービス支出とGDP成長率の相関



出所 OECD Social Expenditure Database
OECD Economic Outlook より作成

4 OECD諸国の社会保障支出の規模と内訳



出所：OECD, The Social Expenditure database: An Interpretive Guide, SOCX 1980-2003